

**Technická univerzita v Liberci**

**Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2009**

**Eva Dlasková**

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky  
**Studijní program:** Speciální pedagogika  
**Studijní obor (kombinace):** Speciální pedagogika pro vychovatele (kombinované studium)

**Individuální plánování v sociálních službách**

**Individual scheduling in social services**

**Bakalářská práce:** 08-FP-KSS-1010

**Autor:**

**Podpis:**

Eva DLASKOVÁ (KRAČMAROVÁ)

**Adresa:**

V cestkách 1 107

295 01 Mnichovo Hradiště

**Vedoucí práce:** Mgr. Květuše Sluková

**Počet:**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
64	9	0	15	18	3 – 1 CD

V Liberci dne: 10.4. 2009

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Jméno a příjmení:** Eva Dlasková  
**Adresa:** V cestkách 1107, 295 01 Mn. Hradiště

**Studijní program:** SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA  
**Studijní obor:** SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA PRO VYCHOVATELE  
**Kód oboru:** 7506R029

**Název práce:** INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH  
**Název práce v angličtině:** INDIVIDUAL SCHEDULING IN SOCIAL SERVICES

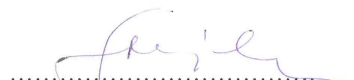
**Vedoucí práce:** Mgr. Květuše Sluková

**Termín odevzdání práce:** 15. 04. 2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

  
.....  
**vedoucí bakalářské práce**

  
.....  
**děkan FP TUL**

  
.....  
**vedoucí katedry**

**Zadání převzal (student):** Eva Dlasková

**Datum:** 28.2.2008

**Podpis studenta:**  .....

**Cíl práce:**

Zjistit praktické dopady individuálního plánování (u dospělých lidí s mentálním postižením) v sociálních službách.

**Základní literatura:**

- 1 *Standardy kvality sociálních služeb*, Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, <http://www.mpsv.cz/cs/3950>, poslední aktualizace: 16.5. 2007.
- 2 *Zákon o sociálních službách č. 108 / 2006 Sb.*
- 3 HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- 4 ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace* . Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- 5 VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 20-714.

## **Prohlášení**

Byl (a) jsem seznámen (a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce.

**V Liberci dne:**

**Eva Dlasková**

10. 4. 2009

---

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Květuši Slukové za odborné vedení mé bakalářské práce a poskytování cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat svým kolegům z Domova Pod Skalami Kurovodice, za spolupráci při získávání podkladů k vypracování empirické části.

## **Anotace**

DLASKOVÁ, Eva. *Individuální plánování v sociálních službách*. Liberec: Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Technická univerzita v Liberci, 2009. 64 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění praktických dopadů individuálního plánování v sociálních službách. Teoretická část je věnována charakteristice domova pro osoby se zdravotním postižením. Práce se dále zabývá charakteristikou uživatelů sociálních služeb žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Podstatná část je tvořena metodikou individuálního plánování v návaznosti na standardy kvality sociálních služeb. V empirické části bylo zjišťováno, zda má zavedení procesu individuálního plánování přínosný vliv na kvalitu poskytované sociální služby, zda je prospěšné. Jednalo se především o vyhodnocování získaných teoretických základů ověřených přímo v praxi. K výzkumnému šetření byla použita metoda dotazníková a metoda rozhovoru. Za největší přínos práce lze považovat zjištění o pozitivně nastaveném směru v poskytování sociálních služeb současné doby.

**Klíčová slova:** mentální retardace, osoba s mentálním postižením, standardy kvality sociálních služeb, individuální plánování, poskytovatel sociálních služeb, uživatel sociálních služeb, sociální služby.

## **Annotation**

DLASKOVÁ, Eva. *Individual planning in social services*. Liberec: Natural sciences, humanitarian and teachers' College, Technical University in Liberec, 2009. 64 pages. Bachelor work.

Bachelor work is focused on identification of practical impacts of individual planning in social services. Theoretical section is devoted to characteristic of home for physically handicapped people. Work furthermore is engaged in characteristic of social services users living in homes for physically handicapped people. Major part contains methodology of individual planning related to quality standards of social services. Empirical section determinates if individual planning process implementation beneficially affects quality of provided social service, if it is useful. It mainly reports evaluation of gained theoretical basics proved directly in practice. For research investigation the checklist method and interview method were used. Findings of positively set direction in providing of present social services consider to be the biggest benefit of this work.

**Key words:** cephalonia, mentally affected person, quality standards of social services, individual planning, social services provider, social services user, social services.



## **Annotatio**

DLASKOVÁ, Eva. *Individuelle Planung in sozialen Dienstleistungen*. Liberec: Fakultät für Naturkunde, Humanwissenschaften und Pädagogik, Technische Universität in Liberec, 2009. 64 Seiten. Bakkalaureatarbeit.

Die Bakkalaureatarbeit richtet sich auf die Feststellung der praktischen Auswirkungen der individuellen Planung in den sozialen Dienstleistungen. Der theoretische Teil widmet sich der Charakteristik eines Heimes für Personen mit einer gesundheitlichen Behinderung. Die Arbeit beschäftigt sich weiterhin mit der Charakteristik der Benutzer der sozialen Dienstleistungen, die in den Heimen für Personen mit einer gesundheitlichen Behinderung leben. Der wesentliche Teil wird durch die Methodik der individuellen Planung mit Bezug auf Qualitätsstandards der sozialen Dienstleistungen gebildet. Im empirischen Teil wurde ermittelt, ob die Einführung des Prozesses der individuellen Planung einen beitragenden Einfluss auf die Qualität der gewährten Dienstleistung hat, ob sie nützlich ist. Es handelte sich vor allem um die Auswertung der erworbenen theoretischen Grundlagen, die direkt in der Praxis überprüft wurden. Zu der forschenden Ermittlung wurden die Fragebogen-Methode und die Gesprächsmethode benutzt. Für den größten Arbeitsbeitrag kann die Feststellung über die positiv eingestellte Richtung im Leisten der Dienstleistungen in der Gegenwart gehalten werden.

**Schlüsselwörter:** Geistige Behinderung, Person mit geistiger Behinderung, Qualitätsstandards der sozialen Dienstleistungen, individuelle Planung, Gewährer der sozialen Dienstleistungen, Benutzer der sozialen Dienstleistungen, soziale Dienstleistungen.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....</b>	<b>11</b>
1.1 Typy zařízení sociálních služeb .....	11
1.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	12
1.3 Klientela domovů pro osoby se zdravotním postižením .....	15
<b>2 MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>	<b>17</b>
2.1 Vymezení pojmu mentální retardace .....	17
2.2 Charakteristika stupňů mentální retardace .....	18
<b>3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....</b>	<b>21</b>
3.1 Charakteristika standardů .....	21
3.2 Typy standardů .....	22
3.3 Význam standardů .....	22
3.4 Specifická terminologie v návaznosti na sociální služby .....	23
3.5 Nové trendy sociálních služeb .....	25
<b>4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ .....</b>	<b>26</b>
4.1 Charakteristika individuálního plánování .....	26
4.2 Specifická terminologie v návaznosti na individuální plánování .....	27
4.3 Proces individuálního plánování .....	33
4.4 Význam a přínos individuálního plánování .....	35

<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>5 CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>36</b>
<b>5.1. Domov Pod Skalami Kurovodice .....</b>	<b>36</b>
<b>6 VYMEZENÍ CÍLŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1 Metodologie výzkumného šetření .....</b>	<b>40</b>
<b>6.2 Charakteristika vzorku a průběhu výzkumného šetření .....</b>	<b>41</b>
<b>7 PREZENTACE DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>44</b>
<b>8 VYHODNOCENÍ CÍLŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....</b>	<b>57</b>
<b>9 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ A DOPORUČENÍ .....</b>	<b>59</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>64</b>

# ÚVOD

Jsem člověk, který pracuje již plných šestnáct let s dospělými lidmi se zdravotním postižením, žijícími (v minulosti zvaném) v ústavu sociální péče.

V současné době se jedná o domov pro osoby se zdravotním postižením, který byl v roce 2007 zaregistrován pod názvem „Domov Pod Skalami Kurovodice.“ Domovem byl nazván především proto, že se tu společně snažíme vytvářet podmínky, které se co nejvíce podobají prostředí domova. Nezbytností je ať už probíhající rekonstrukce, tak i postupná transformace ústavní péče, prostřednictvím několika chráněných bydlení a zprostředkování zaměstnání v nedalekém okolí.

Během své dlouholeté praxe jsem měla možnost si projít různými pracovními pozicemi. Z počátku to byla vychovatelka, dále vedoucí domácnosti a poté vedoucí vychovatelka.

V současné době pracuji jako metodický pracovník. Metodický pracovník je pracovní pozice v tomto zařízení zcela nová. Zařazena je mezi odborné služby doplňkové-pedagogické, a v podstatě supluje dřívější vychovatele, kteří byli zároveň s platností zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách přearženi a přejmenováni na pracovníky v sociálních službách.

V rámci zavádění a naplňování standardů kvality sociálních služeb byla postupem času pracovní náplň metodického pracovníka ohraničena především na okruh záležitostí z oblasti standardu č. 5, zabývajícího se plánováním a průběhem sociální služby. Její podstata v současné době spočívá ve vypracování potřebné metodiky individuálního plánování, jejího zavedení do praxe s následným ověřováním a vyhodnocováním. Je potřeba si uvědomit, že proces individuálního plánování nesouvisí pouze se standardem č. 5, ale prolíná se více či méně, v rámci naplňování kvality sociálních služeb, se standardy ostatními.

V minulosti jsem, jako většina mých spolupracovníků, dosti často zaujímala k různým probíhajícím změnám v domově neutrální nebo přímo negativní postoj, především ve vztahu k zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe.

Z celkového pohledu na mně tyto změny působily potřebou vysokého navýšením předepsané administrativní činnosti, a z pohledu pracovníka v přímé péči tyto změny probíhaly mnohdy na úkor uživatele sociálních služeb.

Vzhledem k mému vyhraněnému zaměření v pozici metodického pracovníka jsem měla možnost hlubšího proniknutí do podstaty a standardy kvality sociálních služeb se pro mě a moji práci staly v podstatě seriózním odrazovým můstkem.

Na základě tohoto jsem si zvolila jako hlavní téma bakalářské práce oblast individuálního plánování v sociálních službách. Toto téma je pro mě a moji práci stěžejní a velice aktuální.

Jsem ráda, že jsem si za dobu své praxe mohla na vlastní kůži prožít různé změny v sociálních službách ve vztahu k uživatelům, a tak-zvaně dozrát. Takto si totiž mohu celkem reálně vyhodnotit současný směr, který já osobně hodnotím z velké části jako kladnou a dobře nasměrovanou změnu v oblasti sociálních služeb nejenom v domově, ve kterém pracuji.

Bakalářská práce vychází především z publikací vydaných Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, pro poskytovatele sociálních služeb. Dále vychází ze speciálně pedagogických publikací vydaných po roce 1999. Je zaměřena na zjištění praktických dopadů individuálního plánování v sociálních službách u osob se zdravotním postižením (u dospělých lidí s mentálním postižením) v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Cílem teoretické části je charakterizovat domov pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem a jeho klientelu, charakterizovat uživatele sociálních služeb se zdravotním postižením (mentálním postižením různého stupně) a především proniknutí do procesu individuálního plánování v sociálních službách v návaznosti na standardy kvality sociálních služeb.

Cílem empirické části je prostřednictvím metody dotazníkové a metody rozhovoru zjistit a zmapovat, zda má zavedení procesu individuálního plánování vliv na kvalitu poskytované sociální služby, jaké jsou jeho konkrétní praktické dopady nejenom z pohledu pracovníků v sociálních službách, ale také z pohledu uživatelů sociálních služeb.

Velice bych si přála, aby se získané poznatky v rámci bakalářské práce staly přínosem nejenom pro moji práci a pro práci mých kolegů, ale především, aby se využily a pozitivně promítly při zkvalitňování sociálních služeb Domova Pod Skalami Kurovodice, ve kterém pracuji.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## **1 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

### **1.1 Typy zařízení sociálních služeb**

Mezi zařízení sociálních služeb v současné době patří dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- terapeutické komunity
- sociální poradny
- sociálně terapeutické dílny
- centra sociálně rehabilitačních služeb
- pracoviště rané péče, intervenční centra (Valenta, Müller, 2007)

S přihlédnutím na hlavní téma bakalářské práce bude v následující části věnována pozornost zařízení ve kterém pracuji (domov pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem) v přímé souvislosti s naplňováním standardů kvality sociálních služeb.

## 1.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V současné době tyto domovy, poskytující sociální služby osobám se zdravotním postižením, zajišťují tři formy provozů:

- Domovy s denním pobytem

Tyto domovy pečují spíše o děti a mládež, ale nevylučují možnost klientely z řad dospělých lidí, využívajících sociálních služeb. V péči o dospělé osoby tato zařízení dosti často nahrazují činnost chráněných pracovišť či denních stacionářů, kam by dospělí lidé se zdravotním postižením (v rámci smysluplného naplnění dne) měli možnost docházet, kde je však v současné době trvalý nedostatek volných míst, a to zejména pro osoby se závažnými formami postižení.

- Domovy s týdenním pobytem

Týdenní zařízení představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Pro rodiny a osoby s mentálním postižením jsou v každém případě velikou pomocí. Rodina v průběhu pracovních dnů může žít běžným životem. Rodiče, příbuzní (nebo jiná pečující osoba) mohou vykonávat svá zaměstnání a dostatečně se věnovat i nepostiženým členům rodiny. O víkendu se pak rodiče, příbuzní (nebo jiná pečující osoba) mohou plně věnovat postiženému dítěti, dospívajícímu či dospělému, kteří tak neztrácejí kontakt s domácím prostředím a blízkými lidmi.

- Domovy s celoročním pobytem

**V domovech pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem** je potřeba v maximálně možné míře kompenzovat výpadek rodiny se všemi jejími životně důležitými funkcemi. Jedná se především o citová pouta a pocit jistoty a bezpečí. Takovýto výpadek může mnohdy ve svém důsledku způsobit zásadní emocionální poškození v souvislosti s vnímáním vlastní identity uživatele.

O to více je podstatné a důležité dbát na stanovenou povinnost zařízení respektovat základní lidská práva a potřeby uživatelů sociálních služeb, jakými jsou ochrana osobní svobody, soukromí, osobních údajů, právo na vzdělání a svobodu, volbu povolání, svobodu rozhodování a ochranu před jakýmkoli formami zneužívání, nucenými pracemi, diskriminací a podobně. (Valenta, Müller, 2007)

Nastane-li v životě člověka situace, kterou je potřeba řešit prostřednictvím sociálních služeb, je v každém případě žádoucí přistupovat k těmto lidem s vysokou mírou empatie, neboť se dozajista jedná o hluboký a podstatný zásah do jejich osobního života. Jak jinak, než vžitím se do pocitů druhého lze pochopit jeho ztíženou situaci. Ne každý pracovník má tuto potřebnou schopnost, ne každý zájemce o pracovní pozici v sociálních službách je plně kompetentní k tomuto náročnému výkonu, směřujícímu k osobní pohodě a spokojenosti daného uživatele. Reálné vyhodnocení osobního postoje a osobních ambicí ne vždy koresponduje s vlastními schopnostmi a možnostmi pro činnost v oblasti sociálních služeb v přímé péči.

V péči o osoby se zdravotním postižením se stále více dostávají do popředí trendy přinášející odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních. Tyto trendy cíleně směřují k humánnějším formám společné péče, pokud možno zajišťované v zařízeních spíše rodinného typu a se sníženým počtem uživatelů. Tohoto lze docílit prozatím prostřednictvím chráněného či podporovaného bydlení, nebo například za podpory a pomoci asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.

Podstatnou a důležitou roli při umístění zájemce o sociální službu hraje daný stupeň vyjmutí z přirozeného rodinného života. Z hlediska tohoto faktoru je pak lepší volbou využití denního, popřípadě týdenního provozu, neboť poskytuje intenzivní odbornou péči, aniž by uživatele služeb úplně vytrhoval z onoho obtížně nahraditelného primárního prostředí. Je sice pravda, že se tito uživatelé i nadále setkávají s ne zcela reprezentativním vzorkem společnosti, avšak v ohledu na jejich specifické potřeby zde bývá učiněno maximum.

Při budování těchto domovů by se tedy mělo v první řadě vycházet především z humanistických principů. Člověka je potřeba chápat jako celistvou jedinečnou bytost, která by se měla vyvíjet v tělesné, duševní a hlavně společenské jednotě. Název domov by neměl být v žádném případě pouze formální záležitostí, ale v praxi by měl v co nejvyšší možné míře poskytovat domov se vším, co tento název zahrnuje. (Valenta, Müller, 2007)

Jedná se především o pocit osobní jistoty a bezpečí. Vnímání jistého trvalého citového zázemí. Místo, kam se člověk vrací rád, kam se těší, kde má své soukromí a přitom se necítí sám. Takovýto pohled na domov v pravém slova smyslu by měl pociťovat především jeho uživatel, a to hlavně v případech, kdy v něm vzhledem ke své životní situaci musí pobývat celoročně.



Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- Ubytování.
- Poskytnutí stravy.
- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- Sociálně terapeutické činnosti.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Důraz při naplňování práv lidí se zdravotním postižením přímo souvisí s transformací sociálních služeb a novými směry v sociální práci. V moderně pojatých sociálních službách převládá model sociálního začlenění. Člověk se zdravotním postižením v současné době přestává být pouze pasivním příjemcem péče. Stává se aktivním partnerem v procesu plánování a poskytování služby. (Sobek<sup>1</sup>, 2007)

Je zcela bezesporu, že současný požadavek na transformaci zařízení (uvažujeme-li o postupném zrušení tehdy zvaných ústavů sociální péče, jako obrovských zařízení umístěných stranou obce) je velice dobře nasměrovaný, na druhou stranu je však potřeba zvážit osudy lidí navyklých na tento dlouholetý způsob poskytování komplexní péče včetně finanční a praktické stránky. U těchto lidí vznikají obavy z neznáma, z nových věcí, pokud jim nejsou tyto možné změny dostatečně (pokud to vyžaduje situace) vysvětlovány a objasňovány.

Zařízení poskytující sociální služby zdravotně postiženým osobám mají dosud v péči o lidi s mentálním postižením stále ještě velmi důležité poslání a i nadále poskytují uživatelům sociální služby, které není v současné době připravena v plném rozsahu převzít jiná instituce ani jiný subjekt. Představy o jejich okamžitém zrušení proto mohou působit mnohdy nejen naivně, ale i nezodpovědně.

## **1.4 Klientela domovů pro osoby se zdravotním postižením**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením nabízejí svoji pomoc a podporu v přiměřené míře fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci se sníženou soběstačností, především z důvodu zdravotního postižení. Jak již bylo v předchozím uvedeno, jedná se o lidi, využívající sociální služby v rámci denního, týdenního nebo celoročního pobytu. Své služby tyto domovy nabízejí mimo jiné i osobám s mentální retardací různého stupně.

V současné době se upřednostňuje do těchto zařízení přijímat spíše osoby s těžkou, středně těžkou a hlubokou mentální retardací, kdy není předpoklad možné péče přímo v rodině, u příbuzných nebo jinou stanovenou osobou. V podstatě by se mělo jednat o uživatele, kteří potřebují ke svému životu zvýšenou péči, kterou jim nelze jiným způsobem, než pobytem v takovémto domově zprostředkovat nebo zajistit. V mnoha případech se jedná o sociální služby v přímé souvislosti s odbornou, pravidelnou péčí zdravotní. Tato zdravotní péče mnohdy zahrnuje péči v rámci celého dne.

V praxi se ale dosti často v těchto domovech setkáváme s celkem vysokým počtem osob s lehkou mentální retardací. Dalo by se hovořit o jistém smutném dědictví z minulých dob, kdy tehdejší ústavy sociální péče přijímaly osoby, které prostě bylo potřeba „někam“ umístit, protože se nikam „nehodily.“ Určitý počet takto umístěných lidí lze přisoudit i možné chybné diagnostice nebo stanovené diagnostice potřebné pro umístění.

Jak již z praxe vyplývá, tyto osoby potřebují k životu podstatně menší míru podpory či pomoci, než je jim v takovýchto domovech poskytována. Profesionálně provedená analýza potřeb z oblasti podpor u daného člověka zcela jasně vypovídá o tom, do jaké míry a v jaké oblasti života je poskytovaná podpora nezbytná a tudíž i potřebná.

Je na zvážení, zda nedochází ze strany pracovníků v mnoha případech ke zbytečnému opečovávání těchto lidí, kdy lze zcela snadno sklouznout i do jistého stavu pohodlnosti a tím pádem i k negativnímu postoji k jakékoli změně. Snahou dnešní doby u těchto jedinců je preferovat pokud možno přirozenější způsob života, prozatím například prostřednictvím chráněného nebo podporovaného bydlení spojeného s možností pracovního uplatnění. (Valenta, Müller, 2007)

V přirozeném prostředí lze zjistit a vyzorovat možné rezervy u lidí s lehkou mentální retardací, v ústavní péči v rámci běžného chodu zařízení s velkým počtem lidí pohromadě, které jsou mnohdy uměle potlačovány.

Nežádka si daný uživatel sociálních služeb s lehkou mentální retardací v přirozeném prostředí dokáže až překvapivě poradit sám, pokud je mu k tomuto samostatnému řešení dán prostor k vyzorování, a pokud je veden k tomu, spoléhat se především sám na sebe. Jedná se o záležitost povzbuzování a posilování vlastní sebedůvěry, především na základě zpětné kladné vazby z daného prostředí či blízkého okolí.

V další kapitole budou blíže popsána specifika uživatelů sociálních služeb s různým stupněm mentální retardace. Znalosti a proniknutí do těchto specifik jsou zcela nezbytné pro každého pracovníka v přímé péči, poskytujícího sociální služby danému uživateli.

Na základě požadavku, vyplývajícího ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, by měl kvalitní sociální služby poskytovat pracovník s předepsaným požadovaným vzděláním, které odpovídá požadavkům sociálních služeb současné doby. Jeho součástí tvoří i bližší orientace v oblastech možného zdravotního postižení, tím pádem i jednotlivých stupňů mentální retardace. Na druhou stranu, takovéto požadované vzdělání, získané prostřednictvím doporučeného kurzu v kombinaci s nedostatečnou praxí v mnoha případech ještě nezaručuje poskytování sociální služby v předepsané a požadované kvalitě.

## 2 MENTÁLNÍ RETARDACE

### 2.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Termín mentální retardace, byl zaveden Americkou společností pro mentální deficit ve třicátých letech minulého století. Pojem mentální retardace se začal šířeji používat v odborné terminologii po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně, a to v zájmu pojmového a terminologického sjednocení zainteresovaných vědních oborů. (Švingalová, 2006)

*„Nejčastěji je mentální retardace definována, jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti.“* (Vágnerová, 1999, s. 146)

Mezinárodní klasifikace duševních poruch a nemocí podle 10. revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 rozlišuje čtyři základní stupně mentální retardace. Z hlediska klasifikace duševních poruch a nemocí je zařazena do oboru psychiatrie, proto má první označení písmeno F. (Švingalová, 2006)

- Lehká mentální retardace (F 70)
- Středně těžká mentální retardace (F 71)
- Těžká mentální retardace (F 72)
- Hluboká mentální retardace (F 73)

Mezinárodní klasifikace duševních poruch a nemocí (1992) dále rozlišuje:

- Mentální retardaci jinou (F 78),
- Nespecifikovanou mentální retardaci (F 79).

Jedinec, který je postižen syndromem mentální retardace, je označován za jedince (dítě, osobu) s mentální retardací, který má speciální (nejen vzdělávací) potřeby. K určení potřebné míry daných speciálních potřeb je potřebná, mimo jiné i znalost charakteristiky jednotlivých (výše uvedených) stupňů mentální retardace a především dovednost využití těchto znalostí v přímé praxi.

## 2.2 Charakteristika stupňů mentální retardace

Znalost charakteristiky jednotlivých stupňů mentální retardace lze považovat za zcela nezbytnou, především pro pracovníky (nejenom v sociálních službách), kteří mají osoby s mentální retardací ve své přímé péči.

**Lehká mentální retardace** je charakteristická opožděným vývojem řeči. Hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Oblast sebeobsluhy je většinou plně nezávislá. Projevuje se schopnost vykonávat jednoduché zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů. Výchovné prostředí má veliký význam, distribuce dalších duševních poruch je podobná intaktní populaci. Organická etiologie se vyskytuje v menšině, většinou se uvažuje o spodní variantě distribuce inteligence v populaci (viz. Gaussova distribuční křivka). (Valenta, Müller, 2007)

Z hlediska společenského vývoje lze dosáhnout při lehké mentální retardaci vrcholu ve 20 letech, vrcholná doba vývoje inteligence je v 15 letech. Inteligenční kvocient u osob s lehkou mentální retardací se pohybuje v rozmezí 50-69, což u dospělých vypovídá o mentálním věku 9-12 let. (Švingalová, 2006)

Již z výše uvedeného lze předpokládat reálné možnosti integrace osob s lehkou mentální retardací do běžné společnosti, v současné době například prostřednictvím chráněného či podporovaného bydlení nebo i využitím daných možností zaměstnání na volném trhu práce. V tomto případě se bude jednat o sníženou míru podpory pracovníka v sociálních službách.

**Středně těžká mentální retardace** je charakteristická výrazně omezeným myšlením a řečí. Podobně jsou na tom schopnosti sebeobsluhy. V tomto směru je potřebné chráněné prostředí (jedná se například o způsob bydlení a zaměstnání) po celý život. Možnosti edukace se omezují na trivium. Řeč je jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni. Retardace psychického vývoje je často kombinovaná epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. Etiologie tohoto stupně retardace je již většinou organická. (Valenta, Müller, 2007)

Vývoj inteligence, probíhá přibližně do 10-12 roků. Vrchol společenského vývoje lze zaznamenat v 15 letech. Inteligenční kvocient u osob se středně těžkou mentální retardací se pohybuje v rozmezí 35-49, což u dospělých vypovídá o věku 6-9 let. (Švingalová, 2006)

**Těžká mentální retardace** je charakteristická výrazným opožděním psychomotorického vývoje, který je patrný již v předškolním věku. Možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitovány. Potrava musí být speciálně upravená, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Je zde kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození CNS. Velmi časté jsou poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, piky, sebepoškozování, afekty a agrese. (Valenta, Müller, 2007)

Vývoj inteligence probíhá přibližně do 6-8 roků, v oblasti společenské do 10 let. Inteligenční kvocient u těchto osob se pohybuje v rozmezí 20-34, což odpovídá věku 3-6 let. (Švingalová, 2007)

**Hluboká mentální retardace** vyžaduje trvalou péči i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Objevují se časté výskyty těžkého senzorického a motorického postižení, těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti jsou maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. Etiologie je organická, kombinují se zde nejtěžší formy pervazivních poruch, zvláště atipický autismus. Často se setkáváme s totálním porušením afektivní sféry a také s častým sebepoškozováním. (Valenta, Müller, 2007)

Převládají funkce pudové, afektivní a vegetativní. Obtížně lze vytvořit jednoduché návyky sebeobsluhy. Je nezbytná trvalá péče. Inteligenční kvocient odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. (Švingalová, 2007)

**Jiná mentální retardace z kategorie** se diagnostikuje, je-li stanovení stupně mentální retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, nebo pro těžké poruchy chování.

**Nespecifikovaná mentální retardace** se diagnostikuje tehdy, je-li mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařazení do jedné z výše uvedených kategorií.

Z výše uvedených charakteristik přirozeně vyplývá, že pokud se jedná o osobu s lehkou mentální retardací, vhodnost umístění v domově pro osoby se zdravotním postižením je opravdu na zvážení. Především v porovnání s potřebami, možnostmi a schopnostmi osob následujících stupňů postižení.

Dalo by se tedy předpokládat, že aktuální potřeba tohoto způsobu poskytování sociální péče bude jedním z prvních impulzů k přehodnocení efektivního využívání sociálních služeb v blízké budoucnosti.

Je pravděpodobné, že bude potřeba v některých případech (ze strany pracovníků) přehodnotit svůj vlastní postoj v oblasti požadované a potřebné odbornosti, kde například nezkušenost a neznalost specifik jednotlivých stupňů mentální retardace může způsobit určité osobní zábrany, obavy a může se stát pro uživatele jistou brzdou v jeho životě. Vzniklé zábrany se mohou projevovat i jistými obavami pracovníků v přímé péči z možných rizik běžného života, které bývají v mnoha případech neopodstatněné a neověřené přímou praxí.

Při řešení tohoto aktuálního problému v rámci nového trendu poskytování sociálních služeb současné doby (pohledu na výskyt a řešení možných rizik a krizových situací) je zcela nezbytný reálný náhled a úsudek daných pracovníků. Především v tom smyslu, že v životě každého člověka (ať již se zdravotním postižením nebo bez) existuje zcela přirozeně přiměřená míra rizik.

Tyto obavy se mohou postupně, neúmyslně přenášet na uživatele, což by se mohlo odrazit v jeho sebedůvěře, a mohly by se stát jistým blokem v cestě na jeho osamostatnění.

Vzhledem k tomu, že převážná část lidí se zdravotním postižením (nejenom s mentální retardací) využívá v průběhu svého života možnosti sociálních služeb, v návaznosti na předchozí se bude další část práce zabývat její kvalitou v přímé souvislosti se standardy kvality sociálních služeb.

## 3 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

### 3.1 Charakteristika standardů

Standardy kvality sociálních služeb jsou metodickým materiálem Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, které spojují zkušenosti z praxe s nejnovějšími poznatky v oblasti poskytování sociální služeb. Jedná se nezbytnou pomůcku pro poskytovatele, usilující o poskytování kvalitních sociálních služeb. Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007, v §, písm. h) jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni standardy kvality sociálních služeb dodržovat.

Popisují požadavky na kvalitní sociální službu. V podstatě se jedná se o soubor měřitelných a ověřitelných kritérií. Tato měřitelnost a ověřitelnost je pro poskytování služby velmi podstatná a důležitá. Jejím hlavním smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb. (Čermáková, Johnová, 2002)

Zvýšený důraz (v rámci zavádění a naplňování standardů do praxe) je kladen především na důstojnost, rozvoj nezávislosti a autonomie uživatelů, jejich účast na běžném životě v přirozeném sociálním prostředí a zejména na respekt k jejich přirozeným i občanským právům. Ve své podstatě se dají pokládat za jeden ze základních předpokladů plnohodnotného a svobodného života uživatelů sociálních služeb.

*„Vytváření podmínek pro zajištění kvality úzce navazuje na reformu veřejné správy, jejíž podstatou je převedení kompetencí na nižší úroveň (kraje, obce, nestátní sektor). V této situaci je třeba vytvořit mechanismy, které zajistí bezpečnost, odbornost a dostupnost sociálních služeb. Tímto mechanismem by se měla stát kontrola kvality poskytovaných služeb-inspekce. Standardy v ní budou sloužit jako měřítko pro hodnocení kvality.“* (Valenta, Müller, 2007, s. 233)

Ministerstvo práce a sociálních věcí nepokládá současnou podobu standardů za konečnou a neměnnou, ale přirozeně počítá s přehodnocením současné úrovně standardů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>1</sup>, 2004)

V rámci poskytování sociální služby, na základě standardů, je nezbytná znalost jejich kategorií (typů), mezi něž patří procedurální, personální a provozní standardy.



### 3.2 Typy standardů

Standardy i kritéria jsou číslovány a rozděleny do tří základních kategorií:

**Procedurální standardy** stanovují, jak má poskytovaná služba vypadat, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu a jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část procedurálních standardů je věnována ochraně práv uživatelů a vytváření ochranných mechanismů, jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů a podobně.

**Personální standardy** se věnují personálnímu zajištění služeb, vedení, profesnímu rozvoji pracovníků i jejich pracovním podmínkám. V průběhu poskytování sociální služby dochází k těsné vazbě mezi uživateli a pracovníky, kteří jsou s uživateli ve vzájemném kontaktu. Dá se tedy předpokládat, že požadovaná kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, a na podmínkách, které pro práci mají.

**Provozní standardy** definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Charakterizují předpoklady pro poskytování kvalitních služeb v takovém prostředí, které odpovídá svým charakterem potřebám cílové skupiny. Soustřeďují se na dostupnost služby, způsob informovanosti o ní. Dále se zabývají ekonomickým zajištěním služeb a rozvojem jejich kvality. (Valenta, Müller, 2007)

### 3.3 Význam a využití standardů

V moderním pojetí a na základě požadavků současné doby by mělo být u každé sociální služby jasné, za jakým účelem a proč existuje. Na základě tohoto by se měly stát standardy kvality sociálních služeb (charakterizující podobu kvalitní služby) přínosem jak pro poskytovatele, tak především pro uživatele. Pro jejich praktické použití je nezbytné porozumět jejich požadavkům.

Celoplošné zavedení standardů do praxe umožňuje porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služby. Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb je ale především to, jak se poskytovaná služba promítá do života lidí, kteří ji využívají. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>1</sup>, 2004)

### 3.4 Specifická terminologie v návaznosti na sociální služby

Problematika standardů v návaznosti na oblast sociálních služeb vyžaduje znalost obsahu používané specifické terminologie, mezi níž patří:

**Sociální služby** v České republice v současném pojetí nabízejí a poskytují takové služby, které dbají především na dodržování lidských práv, respektují svobodnou vůli, zajišťují důstojný život a v neposlední řadě směřují k sociálnímu začlenění uživatelů.

*„Důraz je kladen na začlenění do běžného života a na vytvoření životních podmínek, které jsou srovnatelné s životními podmínkami lidí bez postižení. Sociální služba musí uživateli umožnit žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.“* (Sobek<sup>1</sup>, 2007, s. 7)

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při stravování a ubytování. Dále se jedná o zajišťování chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí potřebných informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, využití psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Cílem sociálních služeb je mimo jiné:

- Podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návratu do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu.
- Rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život.
- Snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi. Mohou to být ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí na okraji společnosti.

**Zřizovatelem zařízení sociálních služeb** může být Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, kraj, města, obce, nestátní neziskové organizace i fyzické osoby.

**Poskytovatelem sociálních služeb** může být fyzická osoba, nestátní nezisková organizace, organizace zřízená krajem, organizace zřízená obcí a organizace zřízená státem. Všichni, kteří poskytují služby, mají při zavádění standardů kvality sociálních služeb rovné postavení. Cíle a záměry jednotlivých poskytovatelů mají tedy přirozeně vždy stejnou váhu.

**Uživatelé sociálních služeb** se stává osoba, která využívá sociální služby, protože se ocitla v nepříznivé sociální situaci. Je potřebné si uvědomit, že cíle a záměry uživatelů mají v rámci zavádění standardů stejnou váhu jako cíle a záměry poskytovatelů.

**Zařízením sociálních služeb** bývá samostatná jednotka pro poskytování sociálních služeb, jež je charakterizovaná adresou, skupinou uživatelů, pracovním týmem, souborem na sebe úzce navazujících služeb a prostorem pro poskytování služeb, nebo oblastí působnosti.

**Pracovníkem v sociálních službách** je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Dále osoba, která vykonává výchovnou nepedagogickou činnost a nebo pečovatelskou činnost přímo v domácnosti. Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách (na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a pochopitelně i způsobilost odborná.

Na základě tohoto požadavku vznikla zcela nová situace pro pracovníky, kteří poskytovali sociální služby dospělým lidem s mentálním postižením s doplněním pedagogického vzdělání v oblastech speciální pedagogiky.

Řešení osobní situace těchto pracovníků, zda přistoupit na přerazení a doplnit si požadované vzdělání prostřednictvím předepsaného kurzu by se dalo vyhodnotit z jejich pohledu, jako řešení situace krizové. Rozhodujícím v tomto případě nemusela být pouze otázka vztahu ke své práci, ale především otázka existenční.

### 4.3 Nové trendy v rámci poskytování sociálních služeb

Některá zařízení, poskytující sociální služby pro zdravotně postižené, jsou určeny stále ještě pouze pro dívky (ženy) a jiné pouze pro chlapce (muže). Toto rozložení a specializace cílové skupiny v žádném případě ani v náznaku neodpovídá přirozenému rozložení pohlaví v běžné komunitě. Existují však v současné době i zařízení, ve kterých žijí osoby koedukovaně, což se považuje za vhodnější a mnohem přirozenější způsob života. Chlapci a dívky (muži a ženy) mohou spolu vzájemně komunikovat, navazovat přátelství, případně i hlubší vztahy, a také si z přirozeného pohledu ženy a muže vzájemně pomáhat. Velice časté obavy z problémů sexuální povahy se v praxi v mnoha případech ukázaly jako neopodstatněné. (Švarcová, 2006)

Oblast sexuální výchovy a její osvěta je bohužel prozatím (vzhledem k vysoce citlivé a intimní záležitosti daného jedince ve vztahu s pracovníkem) v mnoha těchto zařízení v pozadí, a není s ní až tak počítáno více do hloubky v rámci poskytování sociálních služeb. Dalo by se usoudit, že rozvoji této oblasti prozatím brzdí stále velký nedostatek pracovníků v přímé péči nebo specialistů s tímto zaměřením, kterým vlastní postoj a náhled neblokují různé zakořeněné předsudky z minulé doby.

V neposlední řadě by se dalo považovat za krok vpřed řešení záležitosti z oblasti sebeobhajoby osob se zdravotním postižením, především z okruhu osob s mentálním postižením. Sebeobhajování je označováno jako proces, při kterém se člověk učí individuálně nebo ve skupině vyjadřovat vlastní postoje, potřeby, názory, hovořit sám za sebe i za skupinu. V současnosti existuje hnutí sebeobhájců jako celosvětová organizace, která sdružuje hlavně osoby s mentálním postižením. Jejím cílem je podporovat u těchto lidí schopnost převzít zodpovědnost, hájit svá práva, bránit se účinně proti diskriminaci, ale i správně chápat své povinnosti. (Kozáková, 2005)

Zásadní změnou v návaznosti na výše uvedené skutečnosti v poskytování sociálních služeb je zaměření se na konkrétní situace v životě daného uživatele. Východiskem se stávají jeho potřeby, přání a očekávání formulované do osobního cíle, zachyceného v individuálním plánu.

V další části bude podrobněji popsáno individuální plánování v sociálních službách, jako jeden ze základních procesů při individualizaci sociálních služeb.

## 4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

### 4.1 Charakteristika individuálního plánování

Jedním z nejdůležitějších aspektů nové právní úpravy v sociálních službách je zvýšený důraz na individualizaci služeb. K důležitým nástrojům patří vedle příspěvku na péči, jehož výše se odvíjí od míry potřeb jednotlivých lidí, také individuální plánování. Individuální plánování je nutno vnímat v kontextu celého zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách, tedy nikoli jako jeden ze standardů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008)

Poskytování služeb v současnosti směřuje k sociálnímu začlenění uživatele. V podstatě se jedná o způsob běžného života v přímé souvislosti s ekonomickým, sociálním a kulturním začleněním do společnosti. Služby by tedy, pokud možno, neměly suplovat ani nahrazovat běžné dostupné zdroje.

Při poskytování služby je potřeba vycházet z individuálně určených potřeb a osobních cílů uživatele. Osobní cíle by měly být jedním ze základních činitelů v rozvoji poskytovatele služeb zaměřeného na člověka, jehož základními pilíři je valorizace a normalizace sociálních rolí člověka s postižením. Vychází z teorie, která vyjadřuje potřeby každého člověka jako totožné, pouze způsoby a podpora, jakými člověk své potřeby uspokojuje, jsou odlišné.

*„Individuální plánování je kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je třeba dosáhnout požadované změny.“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008, s. 77)

Podle zákona a podle standardů je povinností poskytovatele průběh poskytování služby plánovat, a to především na základě osobních cílů, potřeb a schopností uživatele. Součástí této povinnosti je vést písemné individuální záznamy o průběhu a případném hodnocení.

Tuto povinnost nelze zredukovat pouze na existenci vypracovaného individuálního plánu. Přestože výsledný plán je důležitým důkazem naplňování výše uvedených požadavků, samotný proces vzniku plánu je důležitější. Zapojen musí být uživatel služby anebo jeho právní zástupce, cíle plánu jsou v souladu s osobními cíli, při plánování jsou zohledňovány schopnosti a potřeby uživatele. (Johnová, 2008)

## 4.2 Specifická terminologie v návaznosti na individuální plánování

K lepší orientaci v problematice individuálního plánování je nezbytné pochopení obsahu používané specifické terminologie, do které patří:

**Individuální plán** je ve své podstatě písemně podchycený proces individuálního plánování. Jedná se o plán, vzniklý v součinnosti uživatele s poskytovatelem služeb, na základě jeho představ o výsledné změně. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>3</sup>, 2008)

Základní podmínkou plánování je vzájemné působení a komunikace mezi uživatelem služby a pracovníkem, případně dalšími účastníky. Hlavním nástrojem tohoto kontaktu je dialog. V případě, že uživatel nedokáže dialog vést, je potřeba najít jiný vhodný komunikační klíč, posílit jiným způsobem schopnosti komunikovat. Jedná se například o využití alternativní a augmentativní komunikace přímo v praxi.

V rámci získání dostatečného množství podnětů pro vytvoření plánu může být v některých případech vhodné zapojení i jiných osob, například z řad neprofesionálů. Může se jednat o rodinné příslušníky, přátele, sousedy, spolubydlící a podobně. Podstata tohoto zapojení spočívá v posílení sociálního začlenění uživatele a v získání primárních zdrojů podpory.

Forma plánování může být rozmanitá. Odvíjí se především od charakteru služby a možností uživatele. U dlouhodobých, intenzivních služeb, jaké využívají například lidé se zdravotním postižením, je potřebné plány z praktických důvodů zachycovat v písemné formě.

V zájmu co největšího porozumění plánu ze strany uživatelů lze plán zpracovat například i na velkém papíře, zobrazit pomocí jednoduchých obrázků, fotografií a podobně. Z tohoto pohledu může být tvorba plánu pojata jako velmi tvůrčí činnost.

**Osobní cíl** zaujímá pozici základního kamene individuálního plánování a zároveň tvoří základ pro poskytování kvalitní sociální služby.

Vzájemné sjednávání osobního cíle uživatele s poskytovatelem dává příležitost k tomu, aby se již před počátkem poskytování služby společně nastínilo, jakým způsobem bude sociální služby využíváno, co se od služby očekává a čeho bude za pomoci služby dosahováno. (Holub, 2007)

*„Mít jasné formulované cíle a očekávání od služby není povinností člověka využívajícího služby.“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008, s. 82)

Požadavek k přímé formulaci v prvních kontaktech s poskytovatelem může proces plánování služby i poškodovat. V první řadě je potřeba při sjednávání služby dbát především na to, aby nebyla ohrožena autonomie a nezávislost přítomného uživatele.

V rámci základní orientace v problematice osobního cíle je nezbytné a potřebné si nejenom položit, ale především odpovědět na tyto následující otázky:

### **Co je a není osobní cíl?**

Každý člověk má řadu různých cílů, ale ne všechny souvisí s poskytováním sociální služby. Zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláška pracuje s pojmem „osobní cíl“. Význam jeho užití však může být rozdílný.

Z praxe vyplývá, že pojem „cíl spolupráce“ lépe vyjadřuje partnerské postavení poskytovatele a uživatele služeb. Přitom zároveň umožňuje, aby cíle spolupráce vycházely z cílů uživatele a jeho potřeb. (Johnová, 2008)

V každém případě se jedná o průnik cílů a přání uživatele na straně jedné s možnostmi, cíli a posláním sociální služby na straně druhé. V praxi to může znamenat, že ne všechno, co si uživatel přeje a co považuje za svůj cíl, se může stát osobním cílem v rámci sociální služby.

Při hledání a formulaci osobního cíle je potřebné a důležité respektovat určité zásady. Znalost a používání následujících zásad v praxi je dobrým a nepostradatelným vodítkem nejenom pro počáteční fázi procesu individuálního plánování.

*Cíl vychází z potřeb a přání uživatele.* Nejedná se tedy o cíl, který by stanovil například pracovník zařízení na základě svého odborného posouzení nebo posouzení opatrovníka či rodiny na základě svých vlastních úvah o tom, co je pro uživatele dobré.

*Cíl je ve shodě s posláním a cíli sociální služby.* Cíl typu „chci se stát potápěčem“ je sice z pohledu uživatele důležitý, ale těžko to může být hlavní příčina a důvod k tomu, proč uživatel sociální službu využívá.

*Cíl je výsledkem dialogu, vzájemného ujasňování, vyjednávání.* Určité základní věci je nutné si vyjasnit již před počátkem poskytování služby, abychom věděli, že služba je pro uživatele skutečně vhodná. Práce na osobním cíli však vyžaduje delší čas a není dobré snažit se tuto otázku vyřešit během pár minut v rámci přijímacího pohovoru.

*Osobní cíl je zpravidla dlouhodobý.* V případě, že se jedná o pobytovou službu, ve většině případů půjde o cíl na několik let. Vzhledem k předpokladu, že v průběhu měsíců a let se stanovený počáteční cíl může vyvíjet, je potřeba průběžně zjišťovat a ověřovat, co je ještě aktuální a co je potřeba změnit. Neznamená to však, že bychom ho museli každý rok měnit a hledat zcela nový. (Sobek<sup>2</sup>, 2009)

*Cíl v žádném případě nemusí být rozvojový.* Důraz na rozvojový, výchovný nebo aktivizační charakter cílů je spíše dědictvím minulosti, kdy sociální služba byla zaměřena více medicínsky a výchovně.

*Ujasnění kritérií.* V případě staršího uživatele, jehož přání je klidné prožití zbývajících let je potřeba si ujasnit, co konkrétně myslí tímto prožitím a jak mu v tom může pomoci sociální služba.

*Při stanovování cíle jsou důležité i každodenní přání a volby uživatele.* Osobní cíl a následovný individuální plán by měl zahrnovat i to, co je pro uživatele důležité v jeho každodenním životě, co přispívá k jeho pocitu pohody a spokojenosti. Často to jsou maličkosti, které však pro dobrý životní pocit mohou mít obrovský význam.

### **Jak lze zjišťovat osobní cíl?**

Práce na formulaci osobního cíle je především procesem vyjednávání s uživatelem, zjišťování toho, co uživatel potřebuje, chce a očekává a ujasňování toho, co mu služba může nabídnout. Při zjišťování osobního cíle je vhodné použít otázky typu „proč přicházíte do našeho domova“, „co od naší služby očekáváte“, „co je pro vás důležité v každodenním životě...“ (Sobek<sup>2</sup>, 2009)

Ideální situace nastává, pokud je osobní cíl vyjasňován s uživatelem před zahájením poskytování služby. Z praxe vyplývá, že existuje mnoho uživatelů žijících v různých zařízeních již řadu let a osobní cíl je s nimi vyjasňován teprve v současné době.



U těchto uživatelů může práce na osobním cíli sloužit jako jakási revize, že služba, kterou využívají, je pro ně přiměřená a vyhovující. Na základě tohoto často zjišťujeme, že pro některé uživatele současná služba příliš vyhovující není.

Nezřídka se vyjasní, že někteří uživatelé pobytových služeb využívají službu jaksí ze zvyku a v některých případech potřebují jenom malou část toho, co pobytová služba nabízí.

### **Jaké mohou být případné problémy s osobními cíli?**

*Uživatel nemá žádný cíl, nic nechce, nic nepotřebuje, se vším je spokojený.* Je-li uživatel spokojený, je to určitě dobře. U dlouholetých uživatelů pobytového zařízení však může být toto vyjádření také výrazem rezignace na vlastní přání, výrazem přizpůsobení se neměnným podmínkám. Každopádně bychom si však spolu s uživatelem měli pojmenovat, co je pro něj důležité, aby se i nadále cítil spokojený. Odpovědi na tyto otázky nám dají vodítka k formulaci osobního cíle. (Sobek<sup>2</sup>, 2009)

*Uživatel odmítá rozvojové cíle nebo se nějakým způsobem aktivizovat.* Toto zjištění je úplně v pořádku, není povinností dospělého uživatele se rozvíjet proti své vůli a nechat se aktivizovat. Aktivizace v průběhu života je jistě důležitá, vždy by se však mělo jednat o nabídku a možnost, kterou uživatel může, ale také nemusí využít.

*Cíl uživatelem není reálný.* Uživatel si přeje a plánuje vrátit se do svého domku, který však již dávno patří někomu jinému. Cíl by měl být pokud možno, oboustranně reálný a realizovatelný. Proto tento cíl nemůže poskytovatel přijmout jako cíl společné spolupráce a bude s uživatelem vyjednávat jiný a reálnější.

*Uživatel nekomunikuje.* Zvláště u lidí s těžším mentálním postižením narážíme na tuto bariéru. Existuje však řada způsobů, jak u těchto lidí stanovit hodnotný osobní cíl. Vycházíme z toho, co nám uživatel sděluje svým chováním a svými projevy.

V týmu pracovníků, někdy za pomoci rodičů a dalších osob, se snažíme zmapovat, co má daný člověk rád a naopak nerad. V jakém prostředí se cítí dobře, s jakými lidmi a při jakých činnostech. Jaké projevuje záliby, co ho těší. Jak jsou naplňovány jeho základní potřeby, zdali má dostatek podnětů, dostatek kontaktu s lidmi.

Hledáme-li odpovědi na tyto a další otázky, většinou získáme poměrně jasnou představu o potřebách daného člověka.

*Nedostatek času.* Individuální plánování včetně zjišťování osobních cílů skutečně vyžaduje poměrně velký časový prostor. Těžištěm by však nemělo být sepisování papírů někde v kanceláři. Právě naopak.

*„Práce na osobním cíli i na individuálním plánu nás vede k tomu, abychom více komunikovali s uživatelem a zajímali se o jeho potřeby. Abychom si položili otázky, které nás možná dříve nenapadaly. Čas věnovaný individuálnímu plánování tedy není čas ztracený.“* (Sobek<sup>2</sup>, 2009, s. 8)

Dobře zpracovaný individuální plán vede ke zjištění, že uživatelé v rámci sociální služby dostávají skutečně to, co potřebují k naplnění svých potřeb a k dosažení spokojenosti.

**Klíčový pracovník** je poskytovatelem určená osoba pro konkrétního uživatele služeb, na základě požadavků vyplývajících ze standardů.

Praktické zkušenosti ukazují, jak dobré a přínosné je stanovení tohoto pracovníka, který v podstatě zodpovídá za plánování i průběh služby daného uživatele.

Zavedení systému klíčových pracovníků umožňuje zmenšení či odstranění nevýhod spojených s poskytováním neměnných bloků péče bez ohledu na individuální potřeby uživatele. Prostřednictvím těchto pracovníků dochází k zpřehlednění a uspořádání roztříštěných služeb do souvislého, navazujícího systému.

Role klíčového pracovníka se odvíjí od charakteru služby. Může to být poradce či terapeut, člověk, který vyhledává a kontaktuje uživatele služeb nebo obhájce, který hájí jeho práva. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008)

Podstatnou podmínkou výkonu činnosti klíčového pracovníka je jeho kompetence. Tato kompetence je tvořena především vědomostmi, dovednostmi a postoji. Tyto kompetence se rodí v průběhu vzdělávacího, výcvikového kurzu k plánování služby.

Klíčové pracovníky určuje vedení zařízení. Činí tak s ohledem na předpokládanou náročnost úkolů, které tato funkce s sebou u daného poskytovatele nese. Při přiřazování klíčového pracovníka jednotlivému uživateli je důležité zohlednit vzájemnou náklonnost a dobré osobní vztahy. V případech, kde se ukáže, že vztah mezi uživatelem služby a jeho klíčovým pracovníkem není vyhovující, je potřeba zvažovat jeho změnu.

**Plánovací tým** tvoří skupina lidí přímo zainteresovaných do procesu plánování. Klíčový pracovník nemusí být jediným člověkem, který se spolu s uživatelem individuálního plánování účastní. V závislosti na charakteru služby a vůli uživatele se do procesu plánování mohou zapojit i další osoby. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008)

Tito lidé přijímají v plánovacím procesu různé i vícečetné role. Již samotný klíčový pracovník se v mnoha případech stává zároveň koordinátorem plánování. Koordinátor pomáhá uživateli vybrat a oslovit další účastníky plánování, vysvětluje účel plánování, dohodne se s uživatelem na formě, termínu a místě setkání, přináší na plánovací setkání myšlenky a nápady těch, kteří se ho z různých důvodů nemohou zúčastnit.

Dalšími účastníky plánování mohou být lidé, kteří poskytují nebo mohou poskytovat uživateli přirozenou podporu. Jsou to například rodiče, sourozenci, prarodiče, přátelé, opatrovník, spolupracovníci z práce, s kterými se uživatel při různých příležitostech setkává. Zapojení přirozené podpory lidí z běžné komunity je znakem, že proces začleňování do společnosti skutečně probíhá.

Potřebuje-li uživatel k tomu, aby mohl vést kvalitní život odborníky, jakými jsou například logoped, specialista na augmentativní a alternativní komunikace, neurolog, terapeut, specialista na problémové chování, dietolog či další, mohou se stát součástí plánovacího týmu i oni.

Při plánovacím setkání, kdy se domlouvají cíle spolupráce, se stává nepostradatelným a důležitým člověkem moderátor. Jeho úkolem je zajistit, aby všichni zúčastnění měli možnost aktivně se zapojit do diskuse a aby se skupina zaměřila na to, jak věci dosáhnout, nikoli proč to nejde.

Moderátor by měl v plné míře ovládat komunikační dovednosti a také by měl zvládat práci se skupinou. Zůstává však neutrální, co se týče možností a strategií konkrétního plánování, proto je výhodné, když je moderátor člověk nezávislý.

*„Zapojení více lidí do plánovacího procesu je důležité především pro uživatele, kteří jsou velmi závislí na poskytovateli služby a pro uživatele déletrvajících služeb. Domlouvané cíle v plánovacím týmu jsou nahlíženy z různých stran a pracovníci jsou chráněni před svou vlastní vševědčností.“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008, s. 86)

### 4.3 Proces individuálního plánování

Individuální plánování v sociálních službách je proces skládající se ze stejných částí jako plánování čehokoli jiného. Jedná se o zkoumání situace, tvorbě plánu, realizaci plánu a jeho vyhodnocení. Tento proces se může neustále opakovat, dokud nejsou naplněny všechny cíle, což by v podstatě vedlo k ukončení poskytování sociální služby. (Johnová, 2008)

*Zkoumání situace.* Jedná se o nezbytné období proto, aby dané situaci porozuměl jak uživatel, tak i další zúčastnění lidé. V první řadě je důležité, jak uživatel chápe a rozumí situaci, ve které se nachází a žije. Jak dobře chápe roli pracovníka, který mu má pomáhat, jak jej vnímá, co od něj očekává.

Důležité jsou také dosavadní zkušenosti s procesem individuálním plánováním. Při dlouhodobých pobytech uživatelů v sociálních službách musíme často počítat s formalismem, nezájmem a také možnou nedůvěrou. Proto je důležitý vztah klíčového pracovníka k uživateli, navázání důvěry, získání zájmu uživatele pro společnou práci.

Metody shromažďování informací jsou různé. Mohou to být rozhovory, mapy, cesty, pozorování, studium a analýza dostupné dokumentace. Zkoumání situace uživatele služby slouží k jejímu zpřehlednění pro všechny zúčastněné. Z této fáze plánování by měla vzejít představa uživatele služby o budoucí změně a přehled toho, v čem a jak potřebuje pomoci.

*Tvorba plánu.* Cílem této fáze je stanovit prioritní oblasti řešení. Jedná se o přímé formulování cílů, jak má vypadat stav změny způsobené poskytováním služby. Identifikovat použitelné zdroje a vybrat vhodné metody práce, stanovit jednotlivé kroky k naplnění cílů, stanovit odpovědné osoby a termíny.

*„V rámci této fáze plánování by měla být vytvořena i analýza rizikových situací, a z toho plynoucích opatření. Rizikové plány mohou být součástí individuálního plánu, nebo mohou tvořit samostatné celky. Rizikové situace může pojmenovávat kdokoli. Může to být přání daného uživatele, ale také i pracovníka, organizace či rodiny.“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008, s. 90)

Každý účastník plánování by měl mít jasno, co je jeho úlohou v tomto procesu. Nelze to však chápat, jako určování termínu, kdy má být cíl naplněn.

*Realizace plánu.* Uživatel služby s podporou pracovníků a případně dalších lidí využívá, vlastní síly k realizaci naplánovaných kroků, které vedou k naplnění stanovených cílů. Součástí této fáze bývá písemné zaznamenávání průběhu této společné práce, jako podklad pro pozdější vyhodnocování, tedy revizi plánu.

Za velice přínosné (v průběhu realizace plánu) lze považovat umožnění uživateli zažít důsledky jeho rozhodnutí. Zplnomocňující proces společné práce je zrovna tak důležitý, jako proces a cesta, která k němu vede. Od klíčového pracovníka se přirozeně a pochopitelně očekává, že bude na této cestě největším obhájcem svého uživatele a jeho plánu. (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008)

*Vyhodnocení plánu.* Poslední fází cyklu je vždy zhodnocení naplněných cílů stanovených v plánu, kdy naplánované cíle jsou porovnávány s realitou. Během období, na které je plán sestaven, se provádí průběžné hodnocení, které musí vždy reagovat na aktuální situaci a požadavky a podle toho se plán v případě potřeby upravuje. Při průběžném hodnocení máme možnost všimnout si detailů a dílčích problémů, které jsou z hlediska dlouhodobé práce s uživatelem možná důležitější, než souhrn závěrečné zprávy. Průběžné hodnocení může i nemusí mít písemnou formu.

Jeho nejdůležitějším úkolem není jen ohlédnutí se a konstatování úspěchu či nesplnění cílů, ale nejvíce poslouží jako odrazový můstek pro další etapu plánování s uživatelem, protože jednoznačně ukazuje na konečnou a zároveň počáteční metu, ke které jsme doposud v realizaci cílů s uživatelem došli. Závěrečné hodnocení provádí v ideálním případě stejný tým pracovníků, který se podílí i na sestavování plánu spolu s uživatelem nebo jeho zákonným zástupcem. Z obecného hlediska lze říci, že by se hodnocení mělo zaměřovat především na:

- Míru dosažení vytyčeného cíle, úspěšnost i neúspěšnost, včetně vlastního pohledu uživatele.
- Popis nejdůležitějších momentů, které měly vliv na úspěch či neúspěch plánu.
- Vymezení úspěšných a neúspěšných prostředků, které byly použity.
- Zhodnocení rizik a postupů k jejich minimalizaci.
- Možné připomínky, podněty a doplnění, východiska pro další cíle a plán, jak dál pokračovat. (Holub, 2007)

Pokud z hodnocení vyplýne, že všech dohodnutých cílů bylo dosaženo a daný člověk již nepotřebuje další podporu sociální služby, je spolupráce v tomto bodě ukončena. Pokud cílů nebylo dosaženo nebo jsou oblasti, kde člověk potřebuje pomoc sociální služby, jsou výstupy hodnocení použity v novém kole plánování.

*Smluvní proces.* Individuální plánování a výsledný plán, můžeme chápat jako smluvní proces a určitý druh smlouvy, kontraktu.

*„Každý individuální plán (stejně jako smlouva) je vyjádřením vzájemného závazku a vymezením odpovědností zúčastněných stran. Je vyjádřením vzájemného porozumění a pochopení procesu, který bude následovat. Stává se základním a výchozím vodítkem pro vzájemný vztah a spolupráci, vytváří strukturu a poskytuje bezpečí.“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>, 2008, s. 92)

V podstatě se jedná o kvalitativně významný proces, který nelze zcela jednoznačně rámovat časem či počtem setkání. Klíčem je zajistit, aby uživatel dostatečně jasně porozuměl celému kontextu služby, podmínkám, principům a dokázal si uvědomit jejich vliv a dopad na řešení svého problému.

#### **4.4 Význam a přínos individuálního plánování**

Závěrem praktické části bych chtěla ještě jednou shrnout a zdůraznit několika větami význam a přínos individuálního plánování v sociálních službách v současné době.

Individuální plánování bývá často (z prvního pohledu) mylně vnímáno pouze jako předepsaná administrativní přítěž. Podstatou tohoto pohledu může být pouhá snaha vyhovět různým kontrolorům kvality nebo neporozumění praktickému významu této činnosti. Z praxe ale vyplývá, že je jenom potřeba objevit v něm jeho původní význam a smysl, ztotožnit se s ním a neustále si ho připomínat.

Proces individuálního plánování v návaznosti na vytvořený individuální plán lze vyhodnotit jako pevný odrazový můstek na cestě vzájemné partnerské spolupráce, jak ze strany poskytovatele, tak především ze strany uživatele daných sociálních služeb.

Odrazem v poskytování kvalitních sociálních služeb „šitých na míru“ by měl být tedy v každém případě jenom a jenom spokojený člověk,...

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 5 CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo v zařízení poskytující sociální služby, v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Domov Pod Skalami Kurovodice, poskytovatel sociálních služeb se nachází ve Středočeském kraji, mezi městy Turnov (13 km) a Mnichovo Hradiště (7 km). Jeho poloha odpovídá požadavkům minulé doby, kdy umístění lidí „odlišných“ co nejdále od běžné populace bylo zcela běžné a téměř žádoucí.

Na základě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v návaznosti na zavádění a naplňování standardů kvality sociálních služeb došlo v tomto domově k několika zásadním změnám. Jednou z nich se stalo rozšíření služeb prostřednictvím chráněných bydlení, lokalizovaných v Dolním Bousově (11 km) a v Mnichově Hradišti (7 km), s cílem co nejvyššího osamostatnění uživatelů služeb u kterých byla na základě procesu individuálního plánování odhalena značná rezerva ve vlastních schopnostech, možnostech, osobních přání a potřeb.

Domov Pod Skalami Kurovodice jsem si pro tento výzkum vybrala na základě potřeby aktuálního vyhodnocení dosavadního úsilí zdejších pracovníků, v přímé souvislosti se zaváděním procesu individuálního plánování do praxe.

#### 5.1. Domov Pod Skalami Kurovodice

K bližšímu seznámení se s místem výzkumu patří zcela bezpochyby i nahlédnutí do jeho historie.

**Z historických pramenů** lze dohledat, že tehdejší panství (současný Domov Pod Skalami Kurovodice) se v roce 1789 stalo předmětem koupě a následně se dostalo do rukou rodiny Rohanů. V roce 1945 byl tento majetek státem zabaven a předán tehdy národnímu výboru v Mnichově Hradišti. Ten zde v roce 1946 zřídil okresní chorobinec pro 54 lidí.

Mezi léty 1947 až 1950 byla provedena částečná adaptace zdejších budov. Chorobinec dostal nové poslání odrážející se v názvu „Domov pro přestárle a práce neschopné.“

V roce 1955 převzal toto zařízení odbor sociálního zabezpečení v Mladé Boleslavi a ještě téhož roku ho přejmenoval na „Domov důchodců“.

Přestože prostory a vybavení budovy zůstávaly neměnné, počet umístěných lidí úctyhodně rostl, až se ustálil na čísle na 78. Domov důchodců se pomalu, ale jistě začal měnit na „Ústav sociální péče“ pro dospělé muže s mentálním postižením.

Objekty ústavu se z finančních důvodů udržovali pouze v nezbytné míře. Počet lidí se v roce 1976 opět navýšil až na číslo 86. Takto přeplněné zařízení v žádném případě nemohlo splňovat požadavky na důstojný život zdejších lidí a na poskytování kvalitní sociální péči. (Domov Pod Skalami Kurovodice, 2009)

Jako největší posun vpřed od roku 1982 (kdy jsem do tehdy zvaného ústavu sociální péče nastoupila) považuji dílčí rekonstrukci a dostavbu celého zařízení realizovanou v letech 1993-2001, během níž došlo k vybudování jednotlivých domácností a ke změně pracovního obsazení, kdy pozici stěžejního pracovníka již nezaujímal pouze zdravotní sestra, ale ve zvýšené míře to byl k 31. 12. 2006 pracovník pedagogický.

**V současné době** patří Domov Pod Skalami Kurovodice, poskytovatel sociálních služeb, mezi příspěvkové organizace, jehož zřizovatelem je Středočeský kraj. Jsou zde poskytovány sociální služby dospělým osobám se zdravotním postižením, a to s celoročním provozem.

Posláním tohoto domova je vytvářet přívětivé zázemí lidem, kteří nemohou z různých příčin žít ve svém přirozeném prostředí. Poskytovat jim podporu a pomoc v takové míře, aby mohly žít běžným způsobem svých vrstevníků. (Mlčoch, 2008)

Cílovou skupinu tvoří dospělé ženy a muži, kteří se v důsledku svého zdravotního postižení stali při uspokojování svých základních životních a psychosociálních potřeb závislí na každodenní podpoře nebo přímé pomoci jiných fyzických osob. Tuto podporu nebo přímou pomoc potřebují zajistit, neboť nemůže být zajištěna členy jejich rodiny nebo jinými službami. Jedná se především o dospělé lidi s mentálním postižením různého stupně, v některých případech v kombinaci s postižením tělesným, zrakovým a sluchovým. Ojedinělý zde v tomto domově není ani výskyt uživatelů s poruchou chování. (Mlčoch, 2008)



Kapacita zařízení je 94 uživatelů (z toho 24 žen a 70 mužů). Průměrný věk uživatelů je 53 let. Celkový počet zaměstnanců je 64. Interně se organizace člení na základní vnitroorganizační jednotky. Jedná se o ředitele, hospodářsko správní úsek, úsek sociálních služeb, zdravotnický úsek, stravovací úsek a provozně technický úsek.

Poskytování sociálních služeb v přímé souvislosti s uživatelem zabezpečuje od 1. 1. 2007 celkem 30 klíčových pracovníků s předpokladem požadované odbornosti a způsobilosti.

Domov Pod Skalami Kurovodice má registrované dva druhy pobytových sociálních služeb, mezi něž patří:

- Sociální služba poskytovaná dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, **domov pro osoby se zdravotním postižením.**

Hlavní budova (jako součást komplexu budov v celém areálu domova) tvoří 7 domácností s průměrným počtem 12 uživatelů. Domácnost tvoří pokoje pro dva až tři lidi, společný obývací pokoj, jídelna, samostatná kuchyňkou, koupelna a sociálním zařízení oddělené zvlášť pro muže a ženy. Vybavení odpovídá standardu domácnosti běžné populace. Na těchto domácnostech je podpora a pomoc zajišťována ranní a odpolední službou pracovníků v přímé péči. Zdravotní péče je zajištěna nepřetržitě 24 hodin kvalifikovaným zdravotním personálem.

Součástí přilehlé administrativní budovy je samostatná domácnost se sníženou mírou podpory a pomoci. Je zaměřena na přípravu uživatelů k přechodu do chráněného bydlení.

- Sociální služba poskytovaná dle § 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, **chráněné bydlení.**

Jedná se o jednotlivé byty, získané v běžné zástavbě. Domácnosti jsou uzpůsobeny pro život 2-3 uživatelů pohromadě na základě vzájemného respektování osobního soukromí. Míra podpory a pomoci je přizpůsobena potřebám, schopnostem, možnostem a cílům jednotlivých uživatelů. Prostory a vybavení odpovídá standardu domácnosti běžné populace. (Mlčoch, 2008)

Poskytování kvalitní služby v současnosti je cílem nejednoho zařízení sociálních služeb. Pro nezbytnou motivaci do budoucí práce je vhodné se občas zastavit, popřemýšlet a vyhodnotit nejenom svůj postoj, ale i náhled samotných uživatelů. Co víc, než kladná zpětná vazba ze strany uživatelů může posunout daného pracovníka ve svém úsilí vpřed,...

## 6 VYMEZENÍ CÍLŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Komplexním cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit a zmapovat praktické dopady individuálního plánování (u dospělých lidí s mentálním postižením) v sociálních službách, poskytovaných klíčovými pracovníky v domově pro osoby se zdravotním postižením. K naplnění tohoto cíle byly zvoleny další tři cíle dílčí.

Cíl 1: Zmapovat orientaci klíčových pracovníků v oblasti standardů kvality sociálních služeb v návaznosti na proces individuálního plánování.

Cíl 2: Zjistit možnosti vlastního vyjádření uživatelů sociálních služeb (dospělých lidí s lehkým mentálním postižením) při účasti na procesu individuálního plánování.

Cíl 3: Zhodnotit význam zavedení procesu individuálního plánování v přímé souvislosti s kvalitou poskytování sociálních služeb.

Formulace dílčích cílů směřuje k potvrzení hlavních předpokladů výzkumného šetření v této praktické části bakalářské práce.

Předpoklad 1: Uživatelé sociálních služeb (dospělí lidé s mentálním postižením) mají cíle ve svém životě, dokáží je svým způsobem formulovat a vyhodnotit.

Předpoklad 2: Aktéři péče o uživatele sociálních služeb považují individuální plánování (u dospělých lidí s lehkým mentálním postižením) za prospěšné.

K odpovědi na výzkumnou otázku, znějící: „Jaké jsou praktické dopady individuálního plánování (u dospělých lidí s lehkým mentálním postižením) v sociálních službách?“ bylo použito metody dotazníkového šetření a rozhovoru.

Součástí praktické části bakalářské práce se stalo uspořádání přednášky pro respondenty výzkumného šetření. Přednáška byla zařazena na předem plánovanou metodickou poradu (na základě harmonogramu metodických porad Domova Pod Skalami Kurovodice na rok 2009) vzhledem k požadavku dotazovaných.

Její hlavní účel spočíval v seznámení přítomných s výsledky výzkumného šetření, v debatě o standardech kvality sociálních služeb v přímé souvislosti s procesem individuálního plánování a tím pádem ke vzájemnému předání osobních zkušeností.

## 6.1 Metodologie výzkumného šetření

Ke konkrétnímu uskutečnění výzkumného šetření byl v této části bakalářské práce použit dotazník, jako jedna z nejfrekventovanějších metod sběru potřebných dat. Tato metoda byla použita vzhledem k tomu, že prostřednictvím dotazníku lze docílit získání velkého množství informací při malé investici času. (Gavora, 2000)

Vypracovaný dotazník byl předběžně použit na malém vzorku respondentů ke zjištění, zda výzkumný nástroj funguje v daných podmínkách, zda se jím dají zjistit takové údaje, jaké výzkumník očekával. V této fázi zvané předvýzkum byly položeny ke zvážení otázky typu:

- Rozuměly zkoumané osoby pokynům, které dostaly?
- Rozuměly zkoumané osoby otázkám ve výzkumném nástroji (v dotazníku)?
- Jsou vybrané osoby vůbec ochotny zúčastnit se výzkumu a použít výzkumný nástroj (dotazník)?
- Trvá práce v terénu tak dlouho, jak se plánovalo?
- Dají se nasbírané údaje správně vyhodnotit?

Na základě předvýzkumu byla využita možnost malé korektury. Celkový počet otázek byl snížen z původních 14 na 9, a to s konkrétnějším zaměřením a s jednodušší formulovanými dotazy.

Použitý dotazník se v konečném provedení skládá z 9 položek, zaměřených na oblast standardů kvality sociálních služeb v přímé souvislosti s procesem individuálního plánování, na praktické zkušenosti klíčových pracovníků v přímé souvislosti s uživateli služeb (dospělých lidí s lehkým mentálním postižením). U otázek byla použita škálová metoda, dále dotazník tvořily uzavřené i polootevřené otázky.

Dotazník byl určen zaměstnancům domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří jsou s uživateli v denním kontaktu. Jednalo se o klíčové pracovníky, kteří mají plnou kompetenci (na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) k výkonu této pracovní pozice na základě požadovaného vzdělání.

## 6.2 Charakteristika vzorku a průběhu výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v rozmezí od 12. ledna 2009 do 16. února 2009 v Domově Pod Skalami Kurovodice.

Toto rozmezí plně odpovídalo průběžnému rozdávání dotazníků v návaznosti na daný pracovní cyklus a směnnost dotazovaných. Celkem bylo osloveno 30 klíčových pracovníků s předpokladem, že mají ve své přímé péči nejméně 1 dospělého uživatele sociálních služeb s lehkým mentálním postižením.

Na pozici klíčového pracovníka v tomto domově jsou kladeny požadavky vyplývající ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Formulace jednotlivých položek dotazníku byla uzpůsobena jejich odbornosti. Pozice klíčových pracovníků byla s platností zákona výše uvedeného zavedena do přímé praxe s datem 1. 1. 2007. Z tohoto údaje vyplývá, že je to pracovní pozice téměř nová. Praktické dopady individuálního plánování v sociálních službách jsou tedy vyhodnocovány od tohoto data.

Z rozdaných dotazníků byla návratnost plných 100%. Již z tohoto údaje lze usoudit, že postoj dotazovaných byl dostatečně motivován, a to především možností seznámit se s celkovými výsledky a vyhodnocením na plánované metodické poradě domova (na základě harmonogramu metodických porad Domova Pod skalami Kurovodice na rok 2009).

**Tabulka 1 – Pohlaví respondentů**

<b>Pohlaví</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
<b>Žena</b>	<b>29</b>	<b>97%</b>
<b>Muž</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>

Z tabulky č. 1 je zřejmé, že celkové 100% množství respondentů tvořilo 30 osob, z toho 97% tvořilo 29 žen a 3% zaujímal 1 muž. Tento uvedený počet již na první pohled uvádí nedostatek mužské populace mezi pracovníky v přímé péči tohoto domova. Je na zváženu, v čem spočívá tento skutečný, nevyrovnaný stav jednotlivých pohlaví. Vzhledem ke snaze přirozenosti prostředí prozatím samotná práce v sociálních službách v rámci sebeuplatnění není pro muže dostatečně motivující. Závěry tedy budou odpovídat převážně z pohledu žen, což nebude s největší pravděpodobností případ jenom tohoto domova.

**Tabulka 2 – Věková kategorie respondentů**

<b>Věkové rozmezí ženy</b>	<b>Počet</b>	<b>Věkové rozmezí muži</b>	<b>Počet</b>
<b>20-30 let</b>	<b>2</b>	<b>20-30 let</b>	<b>0</b>
<b>31-40 let</b>	<b>11</b>	<b>31-40 let</b>	<b>1</b>
<b>41-50 let</b>	<b>8</b>	<b>41-50 let</b>	<b>0</b>
<b>51-60 let</b>	<b>7</b>	<b>51-60 let</b>	<b>0</b>
<b>61 a více let</b>	<b>1</b>	<b>61 a více let</b>	<b>0</b>

Tabulka č. 2 uvádí současnou skutečnost věkových kategorií respondentů. Mezi nejmladší klíčové pracovníky patří 2 ženy, spadající do věkové kategorie 20-30 let. Nejstarším osloveným je také žena, která spadá do kategorie respondentů s věkem v rozmezí 60 let a více. Nejvíce dotazovaných s počtem 11 spadá do věkové kategorie 31- 40 let. Z tohoto lze usoudit, že dotazovaní jsou lidé převážně středního věku s předpokladem psychické zralosti tomuto věku odpovídající.

**Tabulka 3 - Délka praxe respondentů v zařízení**

<b>Rozmezí praxe ženy</b>	<b>Počet</b>	<b>Rozmezí praxe muži</b>	<b>Počet</b>
<b>0-1 rok</b>	<b>4</b>	<b>0-1 rok</b>	<b>0</b>
<b>2-5 let</b>	<b>12</b>	<b>2-5 let</b>	<b>0</b>
<b>6-10 let</b>	<b>6</b>	<b>6-10 let</b>	<b>1</b>
<b>11-15 let</b>	<b>2</b>	<b>11-15 let</b>	<b>0</b>
<b>16 a více let</b>	<b>5</b>	<b>16 a více let</b>	<b>0</b>

Tabulka č. 3 uvádí přehled délky praxe jednotlivých respondentů. Nejkratší praxi uvádí čtyři klíčoví pracovníci, což pravděpodobně znamená, že během posledního roku byli přijati 4 pracovníci, kteří zdárně prošli požadovanou zkušební dobou. Nejdelší praxi 16 let a více uvádí klíčoví pracovníci s počtem 5, z čehož lze usoudit trvalost tohoto zaměstnání s předpokladem bohatých zkušeností. Nejvíce respondentů s počtem 12 spadá do rozmezí praxe 2-5 let, což by mohlo být rozhodující hranicí pro stálost nebo změnu zaměstnání.

**Tabulka 4 - Pracovní pozice respondentů**

Klíčový pracovník	Počet ANO	Počet NE
<b>Žena</b>	<b>29</b>	<b>0</b>
<b>Muž</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Tabulka č. 4 potvrzuje pozici klíčového pracovníka u všech 30 dotazovaných. Z toho u 29 žen a 1 muže, z této pozice lze předpokládat požadované a předepsané kompetence.

**Tabulka 5 - Počet dospělých uživatelů v přímé péči u dotazovaných respondentů**

Klíčový pracovník	Celkový počet daných uživatelů	Počet uživatelek	Počet uživatelů	Průměrný počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka
<b>30</b>	<b>94</b>	<b>24</b>	<b>70</b>	<b>3 (zaokrouhleně)</b>

Tabulka č. 5 vypovídá, že uvedených 30 klíčových pracovníků má v přímé péči celkem 94 uživatelů, z toho 24 žen a 70 mužů. Průměrný počet uživatelů na jednoho pracovníka je zaokrouhleně 3. Z tohoto lze odvodit možnost zvýšeného individuálního přístupu k jednotlivým uživatelům, což by se v blízké budoucnosti mělo odrazit v přímé praxi na možném zvyšování kvality poskytované sociální služby.

**Tabulka 6 - Přítomnost uživatele s lehkým mentálním postižením v přímé péči**

Klíčový pracovník	Uživatel s lehkým mentálním postižením v přímé péči ANO	Uživatel s lehkým mentálním postižením v přímé péči NE
<b>Žena</b>	<b>29</b>	<b>0</b>
<b>Muž</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Tabulka č. 6** udává přítomnost uživatele s lehkým mentálním postižením u všech 30 dotazovaných klíčových pracovníků. Z toho u 29 žen a 1 muže. Na základě tohoto faktu lze usoudit, že uvedené odpovědi v dotazníku budou odpovídat zkušenostem respondentů z jejich přímé praxe.

## 7 PREZENTACE DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

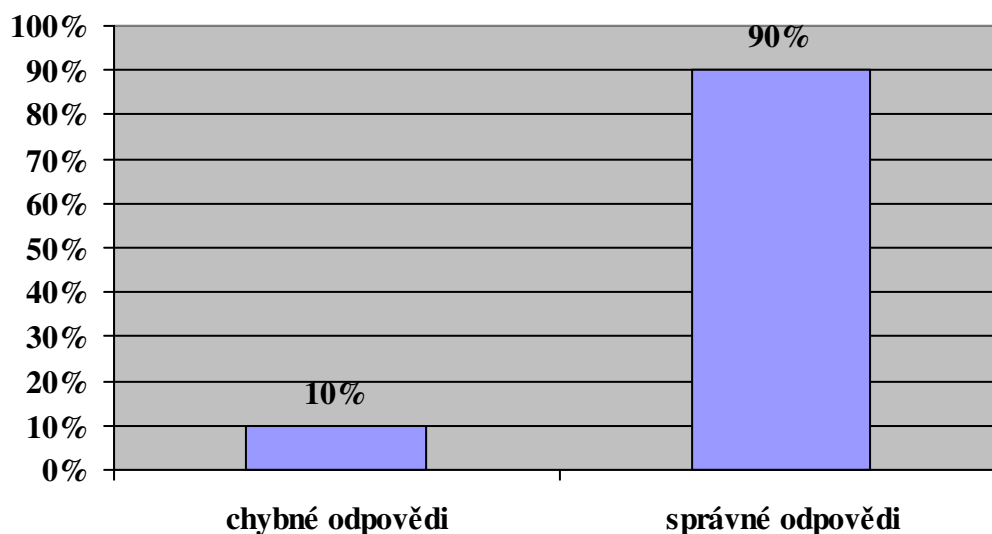
V rámci dotazníkového šetření bylo zjišťováno, jaké mají klíčoví pracovníci povědomí o standardech kvality sociální služby, jaké jsou praktické dopady procesu individuálního plánování v Domově Pod Skalami Kurovodice v přímé souvislosti s uživatelem.

V **položce 1** měli dotazovaní uvést jednu ze tří možností definic pojmu standardů kvality sociálních služeb ze svého pohledu. Z 30 dotazovaných zvolilo chybnou variantu a) STANDARDY = pravidla písemně zpracovaná pro inspekční návštěvu 2 dotazovaní. Možnost b) STANDARDY = pravidla určující kvalitu poskytování sociální služby celoplošně zvolilo 27 respondentů, což byla správná volba. Poslední možnost c) STANDARDY = pravidla sociální služby stanovená pouze pro náš domov chybně zvolil 1 člověk. Počet zvolených variant b) svědčí o tom, že 90% klíčových pracovníků tohoto domova dovede definovat pojem standardů kvality sociálních služeb správně.

**Tabulka 7 - Definice pojmu standardy kvality sociálních služeb**

Varianta	Počet respondentů	%	Závěr
a)	2	7%	Chybně
b)	27	90%	Správně
c)	1	3%	Chybně

**Graf 1 - Definice pojmu standardy kvality sociálních služeb**

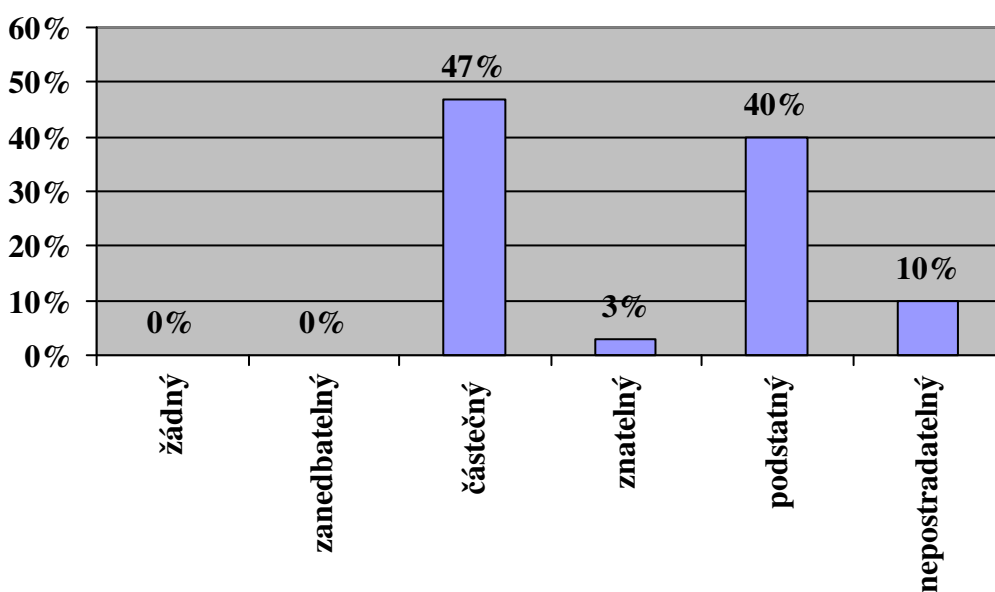


V **položce 2** byl zjišťován vliv standardů kvality sociálních služeb na plánování a průběh služby. K vyhodnocení této položky byla použita číselná škála. Variantu žádný a možnost zanedbatelný nezvolil ani jeden z dotazovaných, což naznačuje částečný pozitivní posun vpřed v postoji ke standardům kvality sociálních služeb. Částečný vliv uvádí 14 dotazovaných. Z tohoto lze usoudit, že i za tak krátkou dobu k zavádění procesu individuálního plánování zaujalo 47 % respondentů pozitivní postoj. Dalo by se předpokládat, i na základě kladné zpětné vazby ze strany uživatelů. Znatelný vliv uvedl 1 dotazovaný. Podstatný vliv uvedlo 12 pracovníků. Nepostradatelnost uvedli 3 pracovníci. Těmto respondentům nelze upřít míru nadšení a důvěry v dobře nasměrovanou cestu, ověřenou praxí.

**Tabulka 8 - Vliv standardů kvality sociálních služeb na plánování a průběh služby**

Varianta	Počet respondentů	%
<b>0 – Žádný</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>1 – Zanedbatelný</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>2 – Částečný</b>	<b>14</b>	<b>47%</b>
<b>3 – Znatelný</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>4 – Podstatný</b>	<b>12</b>	<b>40%</b>
<b>5 – Nepostradatelný</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>

**Graf 2 - Vliv standardů kvality sociálních služeb na plánování a průběh služby**



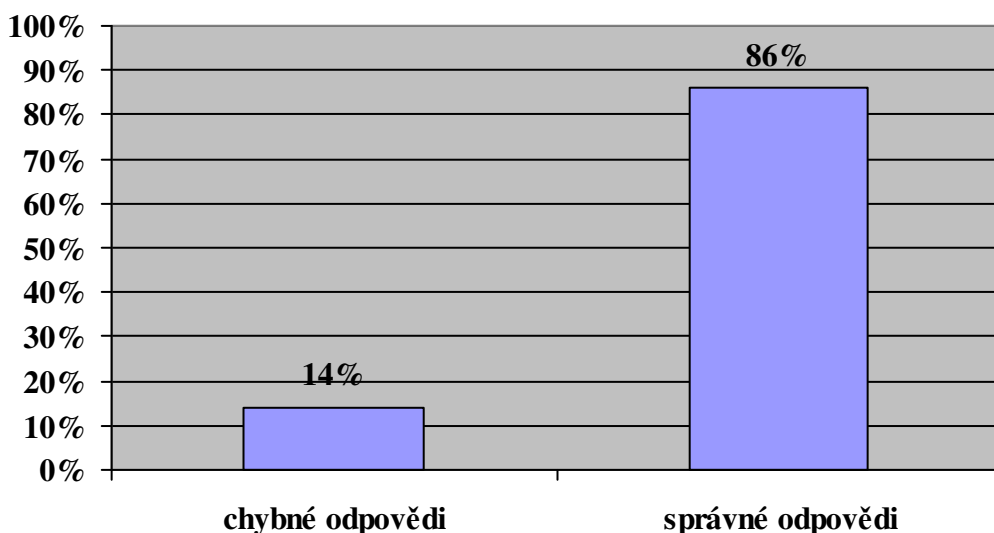


**V položce 3** dotazovaní respondenti měli uvést svoji představu o pojmu individuálního plánování. Ke svému rozhodnutí mohli využít jednu ze tří možností, které ve všech případech potvrzovaly samotnou podstatu procesu, jejich zaměření však směřovalo k pochopení obsahu. Chybnou variantu a) Proces formálního dodržování předepsaných pravidel volili 2 respondenti. Možnost b) Řízený proces změn v poskytování sociální služby si vybral 1 pracovník, což bylo také chybně. Správnou volbu c) Proces plánování a průběhu sociální služby s uživatelem na základě svobodné volby a rozhodnutí zvolilo 90% dotazovaných. Z tohoto výsledku vyplývá u převážné části dotazovaných, že již pravděpodobně došlo k osvojení si teoretické průpravy s možností ověření v praxi. Toto zjištění potvrzuje i celkový pozitivní postoj klíčových pracovníků k tak nepopulárním teoretickým základům, potřebným pro poskytování sociálních služeb na základě standardů kvality sociálních služeb.

**Tabulka 9 - Definice pojmu individuální plánování**

<b>Varianta</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>	<b>Závěr</b>
<b>a)</b>	<b>2</b>	<b>7%</b>	<b>Chybně</b>
<b>b)</b>	<b>2</b>	<b>7%</b>	<b>Chybně</b>
<b>c)</b>	<b>26</b>	<b>86%</b>	<b>Správně</b>

**Graf 3 - Definice pojmu individuální plánování**

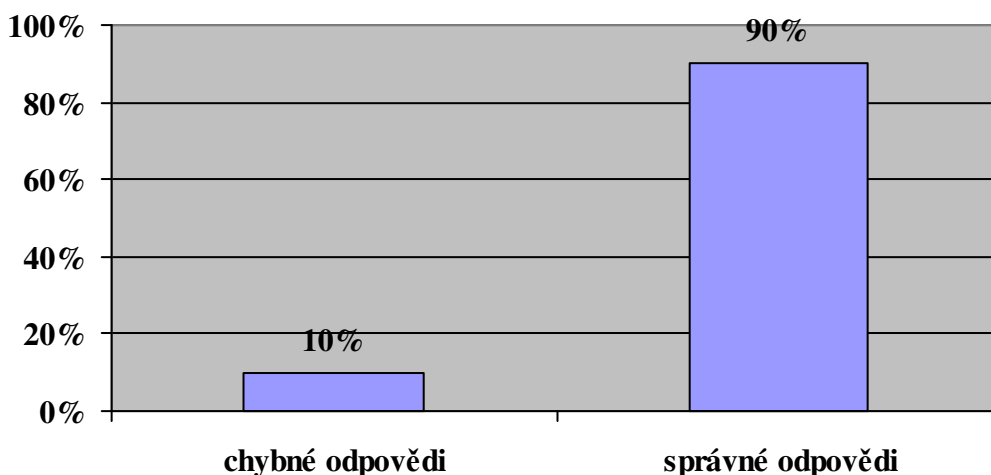


V **položce 4** byl zjišťován způsob průběhu procesu individuálního plánování z přímé praxe, podstatou položky bylo především určení pozice uživatele sociálních služeb. Respondenti měli možnost volby ze tří variant. Chybnou možnost a) Bez uživatele sociálních služeb, pouze na základě doložených a dohledaných informací nevybral z dotazovaných žádný. Což svědčí o tom a potvrzuje, že v tomto domově proces individuálního plánování bez přímé účasti uživatele neprobíhá. Možnost b) S uživatelem sociálních služeb, v pozici přisedícího chybně volili 3 respondenti. Dalo by se usoudit, že tento postoj může zaujmout klíčový pracovník, v jehož případě pravděpodobně selhala vzájemné komunikace, a nebyl dle potřeby využitý náhradní komunikační způsob. Možnost c) Na úrovni partnerského setkávání uživatele sociálních služeb s klíčovým pracovníkem nebo dalších přizvaných osob zcela správně volilo 90 % dotazovaných. Tento údaj svědčí o tom, že převážná část dotazovaných pochopila podstatu způsobu průběhu procesu individuálního plánování, což se dozajista odráží i v jejich přímé praxi. Na základě výsledků této položky je zcela prokazatelné naplňování standardů kvality sociálních služeb v tomto domově.

**Tabulka 10 - Způsob průběhu procesu individuálního plánování**

<b>Varianta</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>	<b>Závěr</b>
<b>a)</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>Chybně</b>
<b>b)</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>	<b>Chybně</b>
<b>c)</b>	<b>27</b>	<b>90%</b>	<b>Správně</b>

**Graf 4 - Způsob průběhu procesu individuálního plánování**

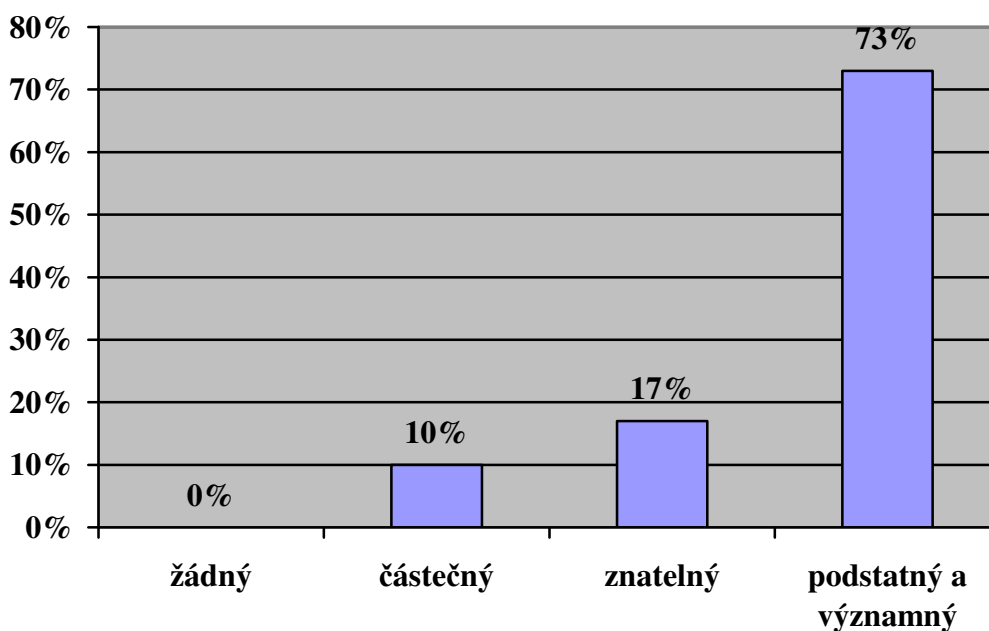


V **položce 5** měli dotazovaní respondenti uvést vliv přímé účasti uživatele (s lehkým mentálním postižením) na stanovení osobních cílů na základě přímých zkušeností z praxe. Nabízela se volby ze čtyř nabídek. Možnost a) ne zvolil žádný. Dotazovaní respondenti tímto vylučují, že by účast uživatele neměla žádný vliv. Variantu b) vybrali 3 pracovníci. Toto potvrzení o částečném vlivu uživatele může být s největší pravděpodobností důsledkem nízkých komunikačních dovedností, nebo i zároveň důsledek nedostatku zkušeností s tímto způsobem jednání. Znatelný vliv, jako možnost c) uvedlo 5 pracovníků. Celých 73 % dotazovaných uvedlo variantu d), čímž se potvrdil vliv podstatný a významný. Z tohoto lze usoudit, že uživatel sociálních služeb v tomto domově je při stanovování osobních cílů považován za hlavní osobu.

**Tabulka 11 - Vliv přímé účasti uživatelů na stanovení osobních cílů**

<b>Varianta</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
<b>a) Žádný</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>b) Částečný</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>
<b>c) Znatelný</b>	<b>5</b>	<b>17%</b>
<b>d) Podstatný a významný</b>	<b>22</b>	<b>73%</b>

**Graf 5 - Vliv přímé účasti uživatelů na stanovení osobních cílů**



Dotazovaní respondenti v možnosti se rozepsat uvádí na základě svých praktických zkušeností tyto poznatky:

*„Uživatel má možnost samostatného rozhodování o sobě, rozhoduje si sám, co by chtěl a co je pro něj důležité. Cíle určuje uživatel, pracovník pouze podporuje a pomáhá vhodně formulovat, sleduje reálnost a nereálnost cílů. Přímá účast je naprosto podstatná, bez ní plánování pozbývá smysl. Uživatel prožívá důležitost a radost, že mu někdo věnuje více času, zvyšuje se mu sebedůvěra.“* (Příloha 1) Dotazník pro výzkumné šetření, položka 5)

Tyto poznatky odpovídají celkovému rozboru a vyhodnocení položky 5.

Vzhledem k původnímu (již v předešlém zmiňovaném, téměř negativnímu) postoji zaměstnanců domova k celkovému zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, tyto postřehy vypovídají o tom, že pokud se jedná o poznatky ověřené praxí v přímé péči s uživatelem, pracovník zaujímá reálný a dalo by se vyhodnotit i pozitivní postoj. V porovnání s přístupem v nedávné minulosti k uživateli sociálních služeb, kdy nebyla přítomnost daného uživatele nezbytná, je současný postoj opravdu znatelný posun vpřed v postoji k lidem se zdravotním postižením, v tomto případě k postoji k lidem s mentální retardací.

Již ze samotného pohledu na pozici uživatele sociálních služeb vyplývá jeho podstatná a nepostradatelná role v celém průběhu procesu individuálního plánování. Tudíž vliv přímé účasti je zcela přirozeně, nejenom z pohledu většiny dotazovaných pracovníků podstatný, významný a v každém případě nepostradatelný.

**V položce 6** bylo potřeba posoudit, zda zvládne uživatel (s lehkým mentálním postižením) formulovat své osobní cíle. Důraz byl kladen na „způsobem sobě vlastním.“ Vzhledem k tomuto dodatku nejsou vyloučeni z pozitivního výsledku lidé s komunikačními potížemi, kteří jsou schopni svým způsobem naznačit své cíle, potřeby nebo přání.

V podstatě se jedná o vyjádření uživatele na jednoduché dotazy: Co si přejete, s čím vám můžeme pomoci, kde chcete bydlet, kam chcete chodit do práce, jak chcete trávit volný čas nebo s kým chcete trávit volný čas? Podobné dotazy dostávají uživatelé během setkání na individuálním plánování, které jsou kladeny z jednotlivých oblastí života. Klíčoví pracovníci tak mohli posuzovat odpovědi na základě vlastní praxe.

Možnost a) Zvládne, volilo 16 dotazovaných, což vypovídá o zkušenostech z praxe, kdy pravděpodobně nebyla potřeba zvýšená individuální podpora klíčového pracovníka. Z celkového počtu 30 dotazovaných volilo 55 % variantu b). Uživatel sociálních služeb zvládne formulovat cíle částečně, z čehož lze usoudit i tak dosti vysokou míru samostatnosti ve vyjadřování. Uživatelé s tímto způsobem poskytování služeb teprve získávají zkušenosti a podpora pracovníka je zde na místě, nevylučuje však schopnost vyjádření toho, co si dotazovaný přeje. Za c) volil 1 pracovník, kde lze jako v první řadě předpokládat nedostatečné zvládnutí vzájemné komunikace přítomných účastníků individuálního plánování nebo i možný nezájem či nespolupráci ze strany uživatele. Posoudit situaci neumí 1 dotazovaný. Pravděpodobným důvodem může být krátká praxe, negativní postoj ke změnám nebo i prostý osobní nezájem.

Oslovení respondenti dostali v dotazníku v této položce možnost písemného dodatku na základě svých praktických zkušeností, kde uvedli:

*„K formulaci osobních cílů potřebuje uživatel v některých případech podporu klíčového pracovníka, což neznamená, že si nezvládne cíle stanovit sám. Z praxe vyplývá, že potřebuje k cíli navést a motivovat, vysvětlit možnou výhodu a přínos, usměrnit, vysvětlit. V procesu je potřeba zvládat a na vysoké úrovni využít cílený rozhovor, vhodně volit otázky. Velice často potřebuje uživatel podpořit ve svém rozhodnutí. Cíle bývají z pohledu pracovníka ne zcela reálné. Uživatelé potřebují vysvětlovat cestu k jejich naplnění.“* (Příloha 1) Dotazník pro výzkumné šetření, položka 6)

Tyto poznatky odpovídají celkovému rozboru a vyhodnocení položky 6.

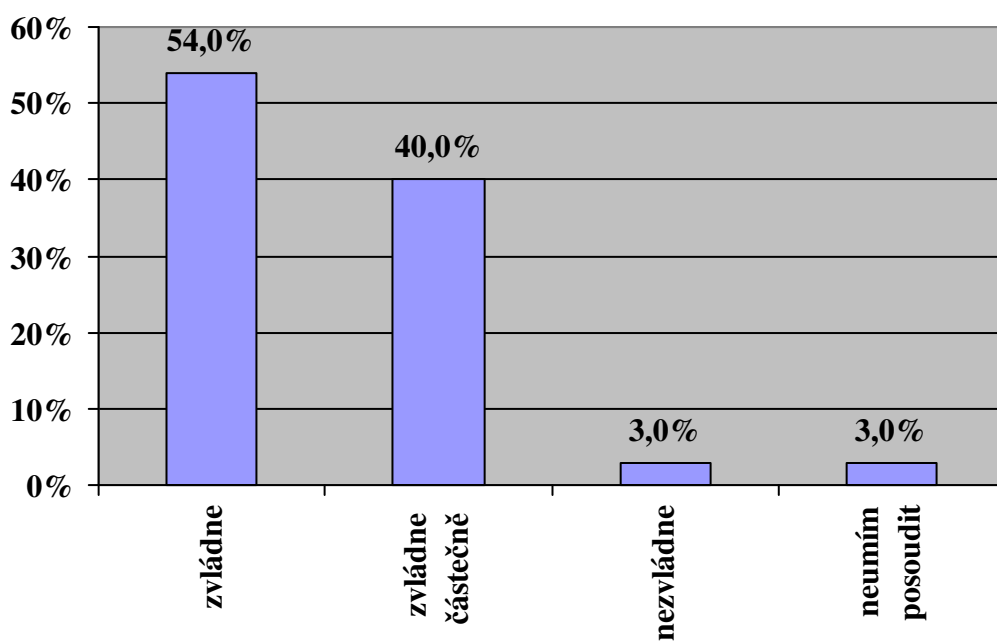
Samotná otázka může působit tak, vede k velice diskutabilní odpovědi. Veškerá podstata spočívá ve vztahu obou stran (dotazovaného a dotazujícího), míře empatie, umění vést rozhovor a ochoty ke vzájemné spolupráci jak ze strany poskytovatele, tak i ze strany uživatele sociálních služeb. Je potřeba též přihlídnout ke zkušenostem, které se zatím postupně sbírají. Proces individuálního plánování lze považovat v současné době stále ve fázi zavádění.

Na doplňující otázku položky 6, kde jsou zachyceny osobní cíle uživatele, zvolilo všech 30 dotazovaných správnou možnost b) individuální plán, z čehož lze předpokládat přímou zkušenost dotazovaných pracovníků s jeho vypracováním.

**Tabulka 12 - Formulace osobních cílů a jejich zachycení**

<b>Varianta</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
<b>a) Zvládne</b>	<b>16</b>	<b>54%</b>
<b>b) Zvládne částečně</b>	<b>12</b>	<b>40%</b>
<b>c) Nezvládne</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>d) Neumím posoudit</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>

**Graf 6 - Formulace osobních cílů a jejich zachycení**



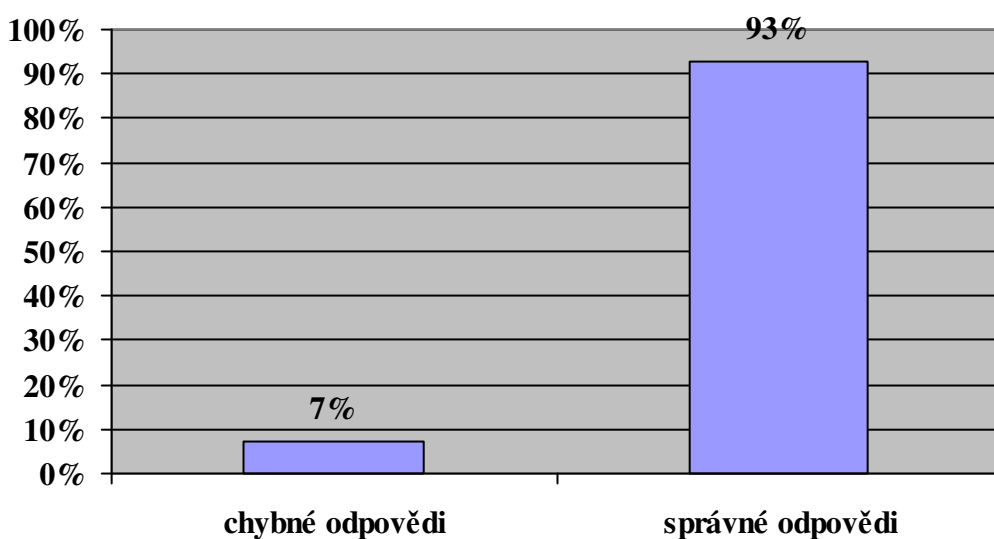
V **položce 7** měli dotazovaní uvést způsob hodnocení osobních cílů uživatele (s lehkým mentálním postižením). Chybnou variantu a) Průběžně, nejméně však 1x za rok bez uživatele sociálních služeb, pouze na základě doloženého individuálního plánu, nevolil žádný. Druhou chybnou možnost b) Průběžně, nejméně však 1x za rok s uživatelem sociálních služeb, v pozici přísedícího označili 2 respondenti. Správnou možnost c) Průběžně, nejméně však 1x za rok s uživatelem sociálních služeb, na partnerské úrovni s klíčovým pracovníkem nebo dalších přizvaných osob označila převážná část 28 dotazovaný, což vykazuje u 93 % respondentů vysokou úroveň teoretických znalostí zavedených a ověřených v praxi.

Na základě odpovědí bylo potvrzeno, že veškeré záležitosti kolem procesu individuálního plánování v tomto domově neprobíhají v žádném případě bez uživatele. Dále z uvedeného lze odvodit jako samozřejmost vyhodnocování osobních cílů uživatele (ať už se jedná o průběžné vyhodnocování, nebo jde o konkrétní aktualizaci individuálního plánu).

**Tabulka 13 - Způsob hodnocení osobních cílů**

<b>Varianta</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>	<b>Závěr</b>
<b>a)</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>Chybně</b>
<b>b)</b>	<b>2</b>	<b>7 %</b>	<b>Chybně</b>
<b>c)</b>	<b>28</b>	<b>93 %</b>	<b>Správně</b>

**Graf 7 - Způsob hodnocení osobních cílů**

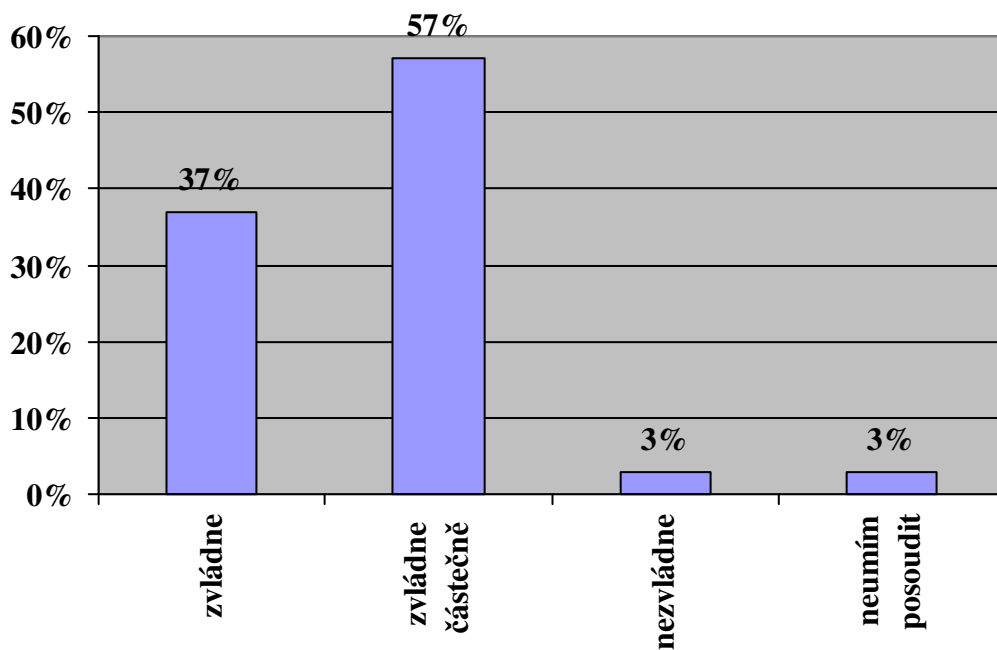


V **položce 8** zjišťujeme, zda uživatel (s lehkým mentálním postižením) zvládne své cíle vyhodnotit. Účelně byl kladen důraz na „způsobem sobě vlastním.“ V podstatě se jedná o vyjádření uživatele na jednoduché dotazy typu: Povedlo se vám to, jste spokojený nebo nespokojený se změnou bydlení, co se vám na tom líbí, jste spokojený se změnou práce? Podobné dotazy se dávají při průběžném vyhodnocování osobních cílů nebo při aktualizaci individuálního plánu, která probíhá na základě vypracované metodiky nejméně jednou za rok. Klíčoví pracovníci posuzují především na základě praxe. Uživatelé teprve začínají získávat osobní zkušenosti s tímto způsobem vyjadřování, proto jsou zde jisté rezervy, na kterých se dá v budoucnu pracovat.

**Tabulka 14 - Míra zvládnutí hodnocení osobních cílů**

<b>Varianta</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
<b>a) Zvládne</b>	<b>11</b>	<b>37%</b>
<b>b) Zvládne částečně</b>	<b>17</b>	<b>57%</b>
<b>c) Nezvládne</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>
<b>d) Neumím posoudit</b>	<b>1</b>	<b>3%</b>

**Graf 8 - Míra zvládnutí hodnocení osobních cílů**





Možnost a) Zvládne, volilo 11 respondentů, z čehož lze usoudit, že tito dotazovaní mají zkušenosti s uživateli, kteří si dovedou vyhodnotit úspěch nebo neúspěch samostatně bez podpory. V úvahu je však potřeba brát reálnost či nereálnost těchto hodnocení. Celých 57% dotazovaných volilo na základě zkušeností z vlastní praxe možnost b) Zvládne částečně. Tento výsledek potvrzuje schopnost uživatele (avšak za podpory pracovníka) vyhodnotit to, co se mu povedlo či nepovedlo. Za c) Nezvládne, volil 1 a možnost d) Neumím posoudit také 1 dotazovaný.

Dotazovaní využili v této položce 8 prostor ke slovnímu vyjádření praktických zkušeností, kde popsaly tyto postřehy:

*„Každý uživatel (nejenom s lehkým mentálním postižením) dovede vyjádřit spokojenost či nespokojenost. Na základě empatie a podpory klíčového pracovníka lze vyhodnotit, zda se cíl vydařil částečně, nebo se teprve naplňuje. Důležitá je podpora v úsilí, aby byl cíl dotažen do konce. Potřeba je usměrňovat, chybí sebekritičnost a cílevědomost, což vyplývá z daného postižení. Uživatelé dokáží posoudit, jestli to, co si naplánovali se již uskutečnilo.“* (Příloha1)  
Dotazník pro výzkumné šetření, položka 8)

Zrovna jako u stanovení osobního cíle hraje svoji roli při vyhodnocování přítomnost klíčového pracovníka, neboť i v této fázi je jeho přítomnost důležitá. Již vzhledem k individuálním zvláštnostem uživatelů s přihlédnutím k jejich zdravotnímu postižení. Podstatou této fáze je zpětná vazba působící jako motivace pro budoucnost. Uživatelé ze svého pohledu dovedou vyhodnotit, co se podařilo či nepodařilo, je na pracovníku vysvětlit důvod zdlouhání a především důvod nezdlouhání na základě vysoké míry empatie, aby nedošlo ke ztrátě počátečního elánu.

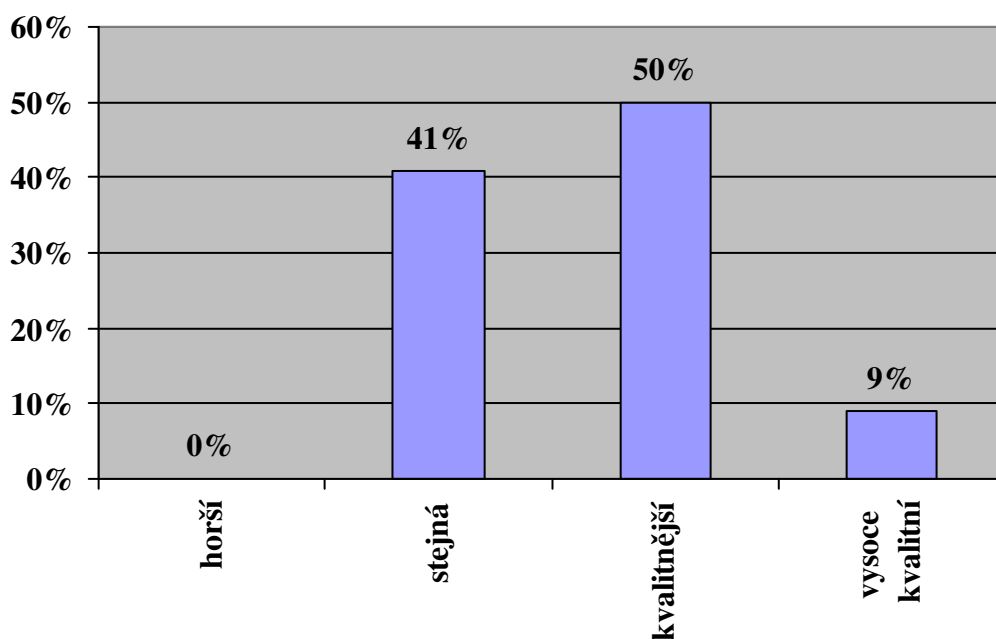
Uživatelé sociálních služeb si teprve začínají plně osvojovat tento nový způsob jednání v rámci poskytování sociálních služeb. S vyhodnocováním svých cílů nemají příliš velké zkušenosti. Dalo by se ale předpokládat, že postupem času se bude tato jejich dovednost zvyšovat a jistě bude velice dobře tato dovednost použitelná v jejich dalším budoucím životě. Ať se již bude jednat o život ve chráněném či podporovaném bydlení. Vzhledem ke snížené sebekritičnosti, dané mentálním postižením bude pravděpodobně role pracovníka v přiměřené možné míře podpory potřebná i nadále.

V **položce 9** se měli dotazovaní s předpokladem zkušeností z praxe vyjádřit k dotazu, zda má zavedení procesu individuálního plánování vliv na kvalitu sociálních služeb a případně jaký. Ze čtyř možností si variantu a) ne zvolil žádný, což potvrzuje poznatek, že sociální služba z celkového pohledu není horší. Skupina 9 respondentů volila variantu b), z čehož lze usoudit, že prozatím za tak krátké období z jejich pohledu vidí poskytovanou službu nezměněnou. Za c) volilo 11 respondentů, což je počet klíčových pracovníků, na jehož postoji se dá v blízké budoucnosti navázat a stavět. Za velice potěšitelné v tomto případě je zjištění pochopení podstaty individuálního plánování, potřeby zavedení do praxe s předpokladem kladné zpětné vazby, která se v každém případě stává vysoce motivující. Variantu c) zvolili 2 dotazovaní, z jejichž pohledu je sociální služba vysoce kvalitní.

**Tabulka 15 - Vliv individuálního plánování na kvalitu sociální služby**

Variantu	Počet respondentů	%
a) Sociální služba je horší	0	0%
b) Sociální služba je stejná	9	41%
c) Sociální služba je kvalitnější	11	50%
d) Sociální služba je vysoce kvalitní	2	9%

**Graf 9 - Vliv individuálního plánování na kvalitu sociální služby**



Možnost doplnění položky 9 písemným popisem využili všichni dotazovaní a uvedli své postřehy, poznámky a připomínky v tomto znění:

*„Je zcela jasné, že individuální plánování umožňuje službu s vyšším individuálním přístupem. Někdy to je na úkor ostatních uživatelů v přímo péči. Pracovníci si uvědomují přání a potřeby uživatelů. Uživatelé mají možnost se podílet na své budoucnosti. Dříve bylo všechno pro všechny. Dochází k uspokojení vlastních potřeb. Pocit důležitosti, spokojenosti, smysluplnost života. Uživatel je brán jako partner. Teoretická možnost zkvalitnění života, administrativní brzda.“* (Příloha 1) Dotazník pro výzkumné šetření, položka 9)

Je zcela bezpochyby (už jenom z ochoty spolupracovat, slovně doplnit), že postoj pracovníků ke změnám týkající se individualizace sociální služby je vstřícný s očekáváním možného zvýšení její kvality, až na úroveň vysoce kvalitní. Za možnou brzdou by se prozatím daly považovat předepsané administrativní požadavky, kdy nejvyšší nápor při jejich naplňování zastihlo zrovna tyto oslovené pracovníky. Již ze samotné dlouholeté praxe u některých dotazovaných vyplývá jisté zakořenění v této pracovní oblasti. Pokud by daný člověk neměl mimořádný vztah k lidem, v oblasti sociálních služeb by nesetrvával. Stále ještě platí jako hlavní motivace k této práci kladná zpětná vazba uživatelů, která se ve své podstatě stává jejich hnacím motorem. A na tomto zdravém postoji pracovníků v poskytování kvalitní sociální služby prostřednictvím individuálního plánování lze do budoucna stavět.

## 8 VYHODNOCENÍ CÍLŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Komplexním cílem bakalářské práce bylo zmapovat praktické dopady individuálního plánování (u dospělých lidí s mentálním postižením) v sociálních službách, poskytovaných klíčovými pracovníky v domově pro osoby se zdravotním postižením. Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že v Domově Pod Skalami Kurovodice je orientace v oblasti standardů kvality sociálních služeb v přímé návaznosti na proces individuálního plánování u některých klíčových pracovníků stále ještě prozatím ve fázi osvojování si samotné podstaty. U většiny dotazovaných respondentů však byla zřejmá dostačující metodická průprava, což se odráželo v kladném slova smyslu u jejich odpovědí.

Dílčím cílem č. 1 bylo zmapovat orientaci klíčových pracovníků v oblasti standardů kvality sociálních služeb v návaznosti na proces individuálního plánování. Na základě výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že prozatím u všech dotazovaných nedošlo k plnému ztotožnění a k osobnímu přijetí současných požadavků v oblasti sociálních služeb. Lze tedy předpokládat jisté rezervy u těchto pracovníků a zaměřit se na jejich odhalení a využití. Velice pozitivně by se dal hodnotit vztah pracovníků k daným uživatelům, kde je zřejmé z odpovědí v dotazníku, že v tomto domově je na prvním místě uživatel.

Dílčím cílem č. 2 bylo jistit možnosti a způsoby vlastního vyjádření uživatelů sociálních služeb (dospělých lidí s lehkým mentálním postižením) při účasti na procesu individuálního plánování. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že uživatelé (s lehkým mentálním postižením) mají k vlastnímu vyjádření různé možnosti, kterých využívají při procesu individuálního plánování podle svého uvážení, způsobem sobě vlastním a především za přiměřené míry podpory svého klíčového pracovníka. Jedná se o možnosti osobnostní, ovládání určitých komunikačních dovedností a jejich využití k potřebnému rozhovoru, jak ze strany uživatele služeb, tak ze strany klíčového pracovníka.

Za prospěšné lze vyhodnotit snížený počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka, což umožňuje bližší, vzájemné poznání a poskytování sociální služby individuálně. Jisté rezervy jsou patrné ve spontánnosti vyjádření ze strany uživatelů, kteří nemají dostatečné zkušenosti s tímto způsobem jednání. Menší zkušenosti vyplynuly při vyhodnocování osobních cílů, kde chybí určitá míra sebedůvěry a reálný náhled, vyplývající ze samotné podstaty daného postižení.

Na základě výzkumného šetření lze konstatovat, že uživatelé služeb mají ve svém životě cíle, mají snahu a v mnoha případech je zvládnou způsobem sobě vlastním a za přiměřené míry podpory klíčového pracovníka vyjádřit a vyhodnotit.

Posledním dílčím cílem č. 3 bylo zhodnotit význam zavedení procesu individuálního plánování v přímé souvislosti s kvalitou poskytování sociálních služeb. Z uskutečněného dotazníkového šetření je zřejmé, že klíčovými pracovníky nevznikl prozatím dostatečný časový prostor k tomuto vyhodnocování na základě porovnání s minulým způsobem poskytování sociálních služeb. Dotazovaní ze své praxe nezaznamenávají zcela jednoznačně výrazně znatelnou změnu v poskytování sociálních služeb, ale ani nevylučují prospěšnost a správně nasměrovanou cestu. Jako jeden z důvodů tohoto postoje by se dal považovat požadavek předepsané administrativy, která nebyla v minulosti součástí náplně jejich práce.

Závěrečná sdělení k jednotlivým dílčím cílům přímo plnými 100% nepotvrzují, ale zároveň ani nevyvracejí hlavní předpoklady výzkumného šetření v této části bakalářské práce, vyjadřující praktické dopady individuálního plánování (u dospělých lidí s lehkým mentálním postižením) v sociálních službách.

Z celkového pohledu lze usoudit, že uživatelé sociálních služeb (dospělí lidé s mentálním postižením) mají cíle ve svém životě, dokáží je svým způsobem formulovat a vyhodnotit. Ať již se jedná o cíle malé či velké, reálné či nerealizovatelné, krátkodobé či dlouhodobé. Z přímé praxe vyplývá, jakou podstatnou roli při jejich odhalování hraje pozice klíčového pracovníka, jaké jsou jeho osobnostní dovednosti, jakou mírou komunikačního umění vládne, jaké míry empatie je schopen a jakou míru důvěry si u daného uživatele dokáže získat. Na straně druhé je však dobré zvážit, jakou míru potřeby má uživatel služeb tyto podněty přijímat.

Ani jeden z oslovených aktérů péče o uživatele sociálních služeb nevylučuje předpokládanou prospěšnost individuálního plánování (u dospělých lidí s lehkým mentálním postižením), ale zároveň prozatím nepotvrzuje přímou souvislost s vysokým navýšením její kvality. Pozitivně lze vyhodnotit snížený počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka, což umožňuje naplňování požadavků zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v přímé návaznosti na standardy kvality sociálních služeb poskytovat službu individuálně, tak zvané službu „šitou na míru.“ Závěrem lze konstatovat, že cíle výzkumného šetření byly splněny.

## 9 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ A DOPORUČENÍ

Prostřednictvím dotazníku a rozhovoru jsem měla možnost získat zpětnou vazbu na téměř dvouleté úsilí v Domově Pod Skalami Kurovodice, při zavádění procesu individuálního plánování v přímé souvislosti se standardy kvality sociálních služeb, takzvaně naplno. Do dotazníkového šetření se zapojili všichni oslovení pracovníci s celkovým zájmem spolupracovat, což vypovídá o současně nastavených vzájemných vztazích. Dotazovaní projevíli zájem se seznámit s konkrétními výsledky prostřednictvím navrhované besedy.

Během uskutečněné besedy se v kladném slova smyslu plně osvědčila přímá konfrontace s realitou. Je zřejmé, že klíčoví pracovníci mají potřebu aktuálního vysvětlování a řešení nejasností nejenom z oblasti individuálního plánování v přímé návaznosti na standardy kvality sociálních služeb. Dalo by se usoudit, že se v mnoha případech nejedná o absenci požadovaných znalostí, ale mohlo by se jednat o zatajovaný strach z jakýchkoli současných změn, kdy nastávají obavy pracovníků, zda je zvládnou dostatečně využívat v přímé praxi. Dosti velké obavy vyplývají z požadované administrativní činnosti, vzhledem k tomu, že s touto činností většina klíčových pracovníků nemá zkušenosti. V důsledku pak dochází dosti často ke zbytečným obavám z odhalení vlastních neschopností.

Za přínosné do budoucna by se dalo považovat častější zařazování speciálně zaměřených přednášek, a to prostřednictvím odlehčené formy. Modelové situace jednotlivých fází individuálního plánování by směřovaly k odstranění počáteční nejistoty klíčových pracovníků. Daná témata by mohla být zaměřena i na nové trendy v poskytování sociálních služeb současné doby. V rámci plánované transformace ústavní péče je zcela nezbytné rozšíření si znalostí například z oblasti sexuální nebo právní oblasti. Opomínat by se neměla ani oblast celoživotního vzdělávání u lidí se zdravotním postižením.

V neposlední řadě bych považovala za potřebné (v rámci přímé praxe) proškolení pracovníků v oblasti alternativní a augmentativní komunikace, čímž by se s největší pravděpodobností mohly rozšířit možnosti (v případě potřeby) k navázání užšího vztahu pracovníka s uživatelem s komunikačními potížemi.

Podstatnou roli v kvalitě poskytování sociálních služeb by mohlo také sehrát aktuální přehodnocení a snížení administrativní zátěže, která se může jevit v této fázi probíhajících změn, jako činnost na úkor uživatele služeb.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala zjišťováním praktických dopadů individuálního plánování v sociálních službách u dospělých lidí s lehkým mentálním postižením, využívajících sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením. Jednalo se především o období s nástupem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s datem k 1. 1. 2007, kdy proces individuálního plánování v přímé souvislosti se zaváděním standardů kvality sociálních služeb v Domově Pod Skalami Kurovodice se rozběhl naplno.

V teoretické části byl charakterizován domov pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem a jeho klientela. Dále byl prezentován uživatel sociálních služeb se zdravotním postižením (mentálním postižením). Podstatná část se zabývala proniknutím do procesu individuálního plánování v sociálních službách. V návaznosti na standardy kvality sociálních služeb byly nastíněny nové trendy v poskytování sociálních služeb v současnosti.

V empirické části bylo zkoumáno prostřednictvím metody dotazníkové a metody rozhovoru, zda má zavedení procesu individuálního plánování vliv na kvalitu poskytované sociální služby, jeho konkrétní praktické dopady nejenom z pohledu pracovníků v sociálních službách, ale také z pohledu uživatelů sociálních služeb.

Jednotlivé výstupy z této části bakalářské práce svědčí teprve o počáteční fázi v cestě ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. V tomto domově nechybí zájem o spolupráci a přesvědčení o významu tohoto záměru. Neschopnost přijmout veškeré probíhající změny v požadované době lze přisoudit mnohaleté praxi u některých pracovníků, kdy nebyl kladen důraz pracovat na základě vyzdvihovaných a zdůrazňovaných standardů, které z počátku nabyly přijímány a správně prezentovány. V důsledku toho mohou zdejší pracovníci pociťovat jistý tlak, narušující jejich přirozený a spontánní vztah s uživatelem, který oni vyhodnocují z jejich pohledu jako ten nejlepší.

Z celkových výsledků výzkumného šetření i tak vyplývá, že proces individuálního plánování je dobře nasměrován. Z pohledu autorky této práce považuji plánování v přímé souvislosti se zaváděním standardů kvality sociálních služeb do praxe za prospěšné a účelné. Za potěšující lze pokládat vyjádření ostatních zainteresovaných účastníků, jejichž postoj je z celkového pohledu celkem vstřícný, ve fázi, kdy pracovníci již tuto novou cestu vyloženě neodmítají, zaujmají však prozatím postoj očekávání možných přínosů.

Byla bych potěšena a přála bych si, aby se uvedené získané poznatky staly přínosem nejenom pro moji práci a práci mých kolegů, ale především pro zkvalitnění sociálních služeb Domova Pod Skalami Kurovodice, ve kterém pracuji.

Bakalářská práce by se měla stát uceleným textem, který případnému čtenáři nabízí přístupnou formou možnost porozumět základní problematice týkající se procesu individuálního plánování v sociálních službách v přímé souvislosti se zaváděním standardů kvality sociálních služeb do praxe.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČERMÁKOVÁ, Kristýna, JOHNOVÁ Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
2. Domov Pod Skalami Kurovodice, poskytovatel sociálních služeb. *Z naší historie*. 2009. Dostupné z WWW:  
<[http://www.kurovodice.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=53](http://www.kurovodice.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=53)>
3. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
4. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
5. HOLUB, Martin. *2. Metodika individuálního plánování služeb pro klienty*. Bobelovka, 2007. Dostupné z WWW:  
<[http://www.bobelovka.cz/upload\\_files/dokumenty\\_75.pdf](http://www.bobelovka.cz/upload_files/dokumenty_75.pdf)>
6. JOHNOVÁ, Milena. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením*. 2008. Dostupné z WWW:  
<<http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/individualni-planovani-pro-lidi-se-zdravotnim-postizenim.html>>
7. KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Evropská konference sebeobhájců „European Peeple First*. “ Edinburg, 2005. Dostupné z WWW: < <http://www.rvp.cz/clanek/576/500>>
8. Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>1</sup>. *Standardy kvality sociálních služeb*. 3. vyd. Praha: Vydavatelství ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. ISBN 80-86552-98-5.
9. Ministerstvo práce a sociálních věcí<sup>2</sup>. *Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vyd. Praha: TIGIS PRINT, spol. s r.o., 2008.
10. MLČOCH, Josef. *Zpráva o činnosti a hospodaření za rok 2008*. Domov Pod Skalami Kurovodice, 2008.

11. SOBEK<sup>1</sup>, Jiří. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007. ISBN: 978-80-239-9400-1.
12. SOBEK<sup>2</sup>, Jiří. Osobní cíl v individuálním plánování. Odborný časopis Sociální služby 2009/1. Brno: Ikaria, 2009.
13. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
14. ŠVINGALOVÁ, Dana, PEŠATOVÁ, Ilona. *Uvedení do výzkumu metodika tvorby práce*. vyd. Liberec, TU, 2006. ISBN 80-7372-046-9.
15. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do teorie a praxe psychopedie*. 1. vyd. Liberec, TU, 2006. ISBN 80-7372-042-6.
16. VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha. Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
18. *Zákon č. 108 / 2006 Sb. o sociálních službách*. Předpis č. 108/2006 Sb., zdroj: SBÍRKA ZÁKONŮ, 2006.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1)** Dotazník pro výzkumné šetření

**Příloha 2)** Seznam tabulek

**Příloha 3)** Seznam grafů

**Příloha 4)** Identifikace CD-ROMu a jeho obalu

## **Příloha 1) Dotazník pro výzkumné šetření**

### ***Vážení dotazovaní!***

Obracím se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci dotazníkového šetření

v rámci mé bakalářské práce na téma:

### **INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Jedná se o vyplnění přiloženého dotazníku.

Získaná data budou sloužit výhradně pro účely této práce.

Podstatou dotazníkového šetření je zjistit praktické dopady individuálního plánování

v domově pro osoby se zdravotním postižením,

„Domova Pod Skalami Kurovodice,“

poskytovatele sociálních služeb.

Předem děkuji za prezentaci Vašich praktických zkušeností.

S pozdravem **Eva Dlasková**

#### **Bližší instrukce k vyplnění dotazníku:**

- Otázky jsou konstruovány s možností výběru odpovědi (zakroužkováním, písemným doplněním).
- Otázky pod číslem **5, 6, 7, 8** vyplňte prosím v přímé souvislosti s uživatelem (s lehkým mentálním postižením) Vámi vybraném.
- Pokud budete mít zájem seznámit se s výsledky, kontaktujte mně prosím buďto osobně, nebo na telefonním čísle: 736 709 195
- Prosím o vyplnění dotazníku v co nejkratší době, pokud možno do týdne od převzetí.

# Dotazník

Údaje o respondentovi (jedná se o přímého účastníka dotazníkového šetření):

Pohlaví: MUŽ ŽENA

Věk: ..... let

V tomto Domově pracuji celkem: ..... let

Zaujímám pracovní pozici klíčového pracovníka: ANO NE

Skupinu, s kterou pracuji, tvoří: MUŽ – POČET ..... ŽENA – POČET .....

V této skupině je uživatel sociálních služeb s lehkým mentálním postižením: ANO NE

Pokud NE, vyplňte prosím následující,...

V domácnosti na které pracuji, žije uživatel sociálních služeb s lehkým mentálním postižením: ANO NE

## 1. Pod pojmem STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB si vybavím:

- a) STANDARDY = pravidla písemně zpracovaná pro inspekční návštěvu.
- b) STANDARDY = pravidla určující kvalitu poskytování sociální služby celoplošně.
- c) STANDARDY = pravidla sociální služby stanovená pouze pro náš domov.

## 2. Jaký vliv mají na plánování a průběh sociální služby STANDARDY?

0	1	2	3	4	5
ŽÁDNÝ	ZANEDBATELNÝ	ČÁSTEČNÝ	ZNATELNÝ	PODSTATNÝ	NEPOSTRADATELNÝ

## 3. Pod pojmem INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ si představuji:

- a) Proces formálního dodržování předepsaných pravidel.
- b) Řízený proces změn v poskytování sociální služby.
- c) Proces plánování a průběhu sociální služby s uživatelem na základě svobodné volby a rozhodnutí.

## 4. Jakým způsobem probíhá proces INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ?

- a) Bez uživatele sociálních služeb, pouze na základě doložených a dohledaných informací.
- b) S uživatelem sociálních služeb, v pozici přisedícího.
- c) Na úrovni partnerského setkávání uživatele sociálních služeb s klíčovým pracovníkem nebo dalších přizvaných osob.

**5. Jaký vliv má přímá účast uživatele (s lehkým mentálním postižením) na stanovení osobních cílů?**

- A) NEMÁ ŽÁDNÝ                      b) ČÁSTEČNÝ                      c) ZNATELNÝ                      d) PODSTATNÝ A VÝZNAMNÝ

Prosím popište,...

.....

.....

**6. Zvládne uživatel (s lehkým mentálním postižením), způsobem sobě vlastním formulovat své osobní cíle?**

- a) ZVLÁDNE                      b) ZVLÁDNE ČÁSTEČNĚ                      d) NEZVLÁDNE                      c) NEUMÍM POSOUDIT

Prosím popište,...

.....

.....

Kde jsou tyto cíle zachyceny? a) ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE   b) INDIVIDUÁLNÍ PLÁN   c) NEJSOU ZACHYCENY

**7. Jakým způsobem probíhá hodnocení osobních cílů uživatele (s lehkým mentálním postižením)?**

- a) Průběžně, nejméně však 1x za rok bez uživatele sociálních služeb, pouze na základě doloženého INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU.
- b) Průběžně, nejméně však 1x za rok s uživatelem sociálních služeb, v pozici přisedícího.
- c) Průběžně, nejméně však 1x za rok s uživatelem sociálních služeb, na partnerské úrovni s klíčovým pracovníkem nebo dalších přizvaných osob.

**8. Zvládne uživatel (s lehkým mentálním postižením), způsobem sobě vlastním, vyhodnotit své osobní cíle?**

- A) ZVLÁDNE                      b) ZVLÁDNE ČÁSTEČNĚ                      d) NEZVLÁDNE                      c) NEUMÍM POSOUDIT

Prosím popište,...

.....

.....

**9. Myslíte si, že má zavedení procesu INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ vliv na kvalitu sociální služby?**

- a) SOCIÁLNÍ SLUŽBA JE HORŠÍ                      b) SOCIÁLNÍ SLUŽBA JE STEJNÁ
- c) SOCIÁLNÍ SLUŽBA JE KVALITNĚJŠÍ                      d) SOCIÁLNÍ SLUŽBA JE VYSOCE KVALITNÍ

Prosím popište,...

.....

.....

## **Příloha 2) Seznam tabulek**

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů

Tabulka 2 - Věková kategorie respondentů

Tabulka 3 - Délka praxe respondentů v zařízení

Tabulka 4 - Pracovní pozice respondentů

Tabulka 5 - Počet dospělých uživatelů v přímé péči u dotazovaných respondentů

Tabulka 6 - Přítomnost uživatele s lehkým mentálním postižením v přímé péči

Tabulka 7 - Definice pojmu standardy kvality sociálních služeb

Tabulka 8 - Vliv standardů kvality sociálních služeb na plánování a průběh služby

Tabulka 9 - Definice pojmu individuální plánování

Tabulka 10 - Způsob průběhu procesu individuálního plánování

Tabulka 11 - Vliv přímé účasti uživatelů na stanovení osobních cílů

Tabulka 12 - Formulace osobních cílů a jejich zachycení

Tabulka 13 - Způsob hodnocení osobních cílů

Tabulka 14 - Míra zvládnutí hodnocení osobních cílů

Tabulka 15 - Vliv individuálního plánování na kvalitu sociální služby

### **Příloha 3) Seznam grafů**

Graf 1 - Definice pojmu standardy kvality sociálních služeb

Graf 2 - Vliv standardů kvality sociálních služeb na plánování a průběh služby

Graf 3 - Definice pojmu individuální plánování

Graf 4 - Způsob průběhu procesu individuálního plánování

Graf 5 - Vliv přímé účasti uživatelů na stanovení osobních cílů

Graf 6 - Formulace osobních cílů a jejich zachycení

Graf 7 - Způsob hodnocení osobních cílů

Graf 8 - Míra zvládnutí hodnocení osobních cílů

Graf 9 - Vliv individuálního plánování na kvalitu sociální služby